DE

L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE

COMME COMPLÉMENT

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

PAR

P. IMBERT DE LATOUCHE

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.



PARIS

V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-EDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

—

1878

PLAN DE CETTE ÉTUDE

CHAPITRE III.

CONCLUSIONS.

DE

L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE

COMME COMPLÉMENT

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

AVANT-PROPOS.

Un grand nombre de causes entraînent la mort des opérées à la suite de la section césarienne ; il suffit d'interroger les statistiques pour reconnaître que l'ennemi le plus redoutable, ennemi contre lequel le plus souvent l'accoucheur se trouve désarmé, est l'hémorrhagie immédiate ou consécutive.

Le 21 mai 1876, Porro, professeur à l'université de Pavie, frappé des nombreux succès obtenus dans les ovariotomies par le D[r] Péan (1), pratiqua l'amputation utéro-

(1) « Si un jour la pratique décide en faveur de l'opération que j'ai exécutée et que la modification que j'ai apportée conserve la vie à de nombreuses femmes mal conformées, qui subiront la section césarienne, que la gloire en revienne aux gastrotomistes en général et plus spécialement au *chirurgien francais Péan*; ce sont ses opérations hardies et heureuses d'amputation utéro-ovarique, dont la description prouve un si grand amour de la chirurgie, qui m'ont engagé à suivre sa noble impulsion et à faire rentrer cette opération du domaine de la gynécologie dans celui de l'obstétrique. » Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cœsareo, page 74. Edouardo Porro.

ovarique, afin d'arrêter une hémorrhagie qui s'était produite pendant le cours d'une opération césarienne et qui menaçait d'entraîner la mort de la femme.

Le succès le favorisa ; aussi son exemple fut-il bientôt suivi en Autriche, en Suisse et en Belgique.

C'est en envisageant d'une part les terribles dangers qui accompagnent la section césarienne et de l'autre les beaux résultats donnés à l'étranger par l'amputation de l'utérus et des annexes, que nous avons cru pouvoir être utile aux accoucheurs en réunissant les observations encore éparses sur ce sujet.

Nous essayerons de démontrer dans ce travail, que lorsqu'un accoucheur se trouvera en présence d'un rétrécissement du bassin, ne permettant l'extraction fœtale que par l'opération césarienne et que les circonstances ne lui auront pas permis de pratiquer auparavant l'accouchement prématuré ou l'avortement, il pourra avec avantages suivre la méthode du Dr Porro, parce qu'elle semble diminuer les chances de mortalité de la section césarienne simple.

Nous ne nous sommes pas dissimulé les difficultés de cette étude ; et si nous l'avons entreprise, c'est grâce aux conseils de M. Pinard, professeur agrégé de la Faculté de médecine, qui a mis à notre disposition sa bienveillance habituelle : qu'il reçoive ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Nos remercîments respectueux aux professeurs Porro et Spath qui ont bien voulu nous communiquer leurs travaux et ainsi nous rendre la marche plus facile, trop heureux si nos modestes efforts peuvent être utiles à la science.

CHAPITRE PREMIER.

§ I. — Historique.

Depuis nombre d'années déjà, l'amputation de l'utérus après l'opération césarienne a été l'objet d'études en Italie. D'après Muller, professeur à Berne (1), Cavallini, le propagateur de cette opération enlevait, il y a deux cents ans, la matrice à des animaux en état de gestation, et pensait que cette méthode opératoire serait suivie et adoptée, comme règle générale de conduite chez la femme.

Geser, en 1862, dans des expériences faites sur quatre chiennes pleines, obtint deux succès.

Fogliata (2) mentionne ses propres expériences faites en 1874, sur une chatte en travail depuis 15 jours, morte trois heures après l'opération, sur quatre chiennes, dont l'utérus n'était pas gravide, trois succès, et sur une vache, chez laquelle il y avait un renversement de la matrice, insuccès.

Le professeur Porro fit en 1874, sur trois lapines grosses, des expériences qui répondirent à son espoir.

Le professeur Spath, de Vienne, cite également dans son mémoire (3) qu'après treize extirpations sur des lapins et des chattes, Rein conclut à la réussite de cette opération sur la femme.

(1) Arch. für Gynœkologia, 1878.

(2) Contribuzione allo studio della amputazione dell' utero negli animali domestici osservazioni cliniche e esperimenti fatti nella Scuola zosiatrica della R. universita di Pisa.

(3) Wiener med. Wochenschrifft, nº 4 et suiv., 1878.

Le 21 juillet 1868, Stover (1), se trouvant en présence d'une hémorrhagie considérable, fit l'extirpation de l'utérus après l'opération césarienne sur une femme présentant de nombreux fibromes ; la malade très-affaiblie, mourut le 25 juillet.

La question de l'amputation utéro-ovarique avait donc fait peu de progrès, et l'on s'était borné à des considérations théoriques et à des essais sur les animaux lorsque le Dr Edouard Porro, professeur ordinaire de l'Université de Pavie, attira l'attention des chirurgiens sur cette opération et en rendit l'application possible par le succès qu'il obtint.

Constatant, malgré tous les genres de suture, l'impossibilité presque absolue de la réunion des plaies utérines par première intention, considérant que l'opérateur laisse une plaie béante, toujours prête à laisser échapper dans la cavité séreuse des liquides irritants : constatant d'autre part, que la toilette du péritoine est toujours facile après l'ovariotomie, il arrive à cette conclusion que le meilleur moyen de supprimer la crainte de l'épanchement, c'est de supprimer l'utérus.

Le professeur Porro s'était promis à la première occasion, si dans le cours d'une opération césarienne, il se produisait une hémorrhagie, de la suspendre en tarissant sa source, c'est-à-dire en enlevant la matrice.

Son désir ne fut pas longtemps sans être satisfait. Le 21 mai 1876, la femme Julia Cavallini se présente à l'hospice de la Maternité de Pavie : Porro, en présence de plusieurs collègues, après avoir constaté l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, fait l'opération césarienne. Une hémorrhagie redoutable se déclare et

(1) Extirpation of the puerperal uterus by the abdominal Section, in Journal of the Gynœcological Society of Boston, vol. I, n° 4.

oblige l'accoucheur à pratiquer l'amputation utéro-ovarique ; les chances étaient bien mauvaises, en effet, on observait à cette époque à la Maternité de Pavie, de nombreux cas de fièvre puerpérale et à l'hôpital à côté, la gangrène.

Malgré ces conditions défavorables, l'opérée guérit et sortit de l'hospice le quarantième jour après l'opération.

Cet admirable succès engagea M. Spath, professeur à la deuxième clinique d'accouchements de Vienne, à recourir le 22 juin 1877, à la même opération, parce que, dans le cours d'une section césarienne, faite à cause d'un bassin fortement vicié par ostéomalacie, il s'était déclaré une hémorrhagie que rien ne put arrêter. La femme sortit guérie le 4 décembre de la même année.

Le 3 septembre 1877, se présentait à la clinique du même professeur une seconde femme chez laquelle le bassin était déformé par ostéomalacie. Cette femme, en travail depuis longtemps, avait perdu les eaux depuis la veille ; elle avait des douleurs très-fortes, très-longues ; le fœtus avait succombé, la percussion donnait un son tympanique à la partie supérieure de l'utérus ; la femme était complétement épuisée. Cette fois le chirurgien s'était décidé à faire l'extirpation de l'utérus et de ses annexes, même en l'absence d'hémorrhagie, malheureusement, les mauvaises conditions dans lesquelles se trouvait la malade, entraînèrent sa mort neuf jours après l'opération.

Cet insuccès fut suivi peu de temps après d'un autre entre les mains de Carl Braun, professeur à Vienne.

Le 4 février 1878, le professeur Muller, de Berne, a pratiqué avec succès l'opération de Porro, en la modifiant dans son manuel opératoire. La femme avait un rétrécissement pelvien considérable par ostéomalacie ; elle était épuisée par un long travail, l'utérus était sensible et tym-

panisé ; le pouls était fréquent et la température élevée. Malgré ces conditions fâcheuses, l'opérée guérit.

Enfin, tout dernièrement, le 14 avril 1878, le Dr Vasseige, professeur ordinaire à l'Université de Liége, n'ayant encore connaissance que de l'opération de Porro, et de la première de Spath, frappé des avantages de la méthode du professeur de Pavie, pratiqua l'amputation utéro-ovarique sur la femme Joséphine Moyse, qui sortit de l'hôpital au bout de 40 jours dans un état complet de santé, elle et son enfant.

A l'heure actuelle, l'amputation de l'utérus et des ovaires a donc été pratiquée six fois ; sur ce nombre, on compte quatre succès.

Nous ne comprenons pas dans ce nombre le cas de Stover, qui fit cette opération chez une femme présentant de nombreux fibromes et dont le succès ne répondit pas aux espérances du chirurgien ; quoique sortant de notre cadre, nous reviendrons plus loin sur cette observation.

La priorité de l'amputation utéro-ovarique revient donc entièrement au professeur de Pavie, qui n'eut connaissance du cas de Stover que par un article de Cazin, inséré dans la *Revue de Tocologie* (juin 1876), et extrait du *Journal de la Société de gynécologie de Boston* (vol. I, n° 4), quelques semaines après l'opération qu'il a pratiquée à Pavie, le 21 mai 1876.

Nous allons exposer en détail chacune des observations, nous promettant ultérieurement de mettre en relief les parties les plus intéressantes.

§ 2.

Obs. 1. — **Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr Edouard Porro, professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie à l'université de Pavie, le 21 mai 1876 (1). Succès.**

Le 27 avril 1876 entrait à la clinique d'accouchement de l'université de Pavie, confiée à ma direction, la femme Julia Cavallini, âgée de 25 ans, née à Adria, domiciliée à Gambollo. Primipare ; dans son enfance elle fut affectée de rachitisme grave ; sa marche fut impossible sans soutien jusqu'à l'âge de 10 ans. A 19 ans, eut lieu la première menstruation, qui fut douloureuse, les suivantes continuèrent régulièrement. Elle se maria à 23 ans, la dernière époque remonte au milieu de juillet 1875 ; dans les derniers temps de la grossesse, elle souffrit de douleurs lombaires et de troubles intestinaux, aussi résolut-elle de demander des soins à l'hôpital civil de Pavie, d'où elle passa à la clinique d'accouchement, lorsqu'on eut reconnu la déformation du bassin.

Etat présent. — Taille 1 m. 48 ; les articulations du genou sont convergentes, tandis qu'au contraire les malléoles divergent. Le tibia droit est dirigé en dehors, le gauche en dehors et en avant, les fémurs sont courbés et la convexité regarde en avant ; leur courbure est plus sensible à la partie supérieure. Point d'œdème aux membres inférieurs, toutes les articulations dénotent les lésions anciennes du rachitisme. La colonne vertébrale occupe la

(1) Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo pel dottor Edoardo Porro. Milano, 1876.

ligne médiane jusqu'à l'extrémité de la région dorsale : là, les vertèbres lombaires forment une saillie et se dirigent brusquement à droite.

Le sacrum est court, déformé, le coccyx mobile ; les crêtes iliaques sont recourbées sur elles-mêmes, la crête iliaque droite est moins évasée et plus haute d'environ 4 cent. que la gauche. Le trochanter droit est plus élevé que le gauche. La paroi antérieure du bassin est irrégulière et la symphyse pubienne forme une saillie en avant en forme d'éperon, en présentant un angle très-notable.

L'examen pelvimétrique fait avec le compas de Baudelocque montre les diamètres du bassin considérablement retrécis.

— Santé générale bonne. Organe de la cavité thoracique sains. Abdomen en forme de globe avec une légère obliquité antéro-latérale gauche, d'une consistance élastique.

Le fond de l'utérus dépasse l'ombilic de 19 cent. ; du pubis à l'ombilic, il y a également 19 cent., la circonférence de l'abdomen, mesurée au niveau de l'ombilic est de 90 cent.

De l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic, il y a 24 cent. et 21 cent. au contraire de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

La tumeur utérine est mobile ; à droite en haut, on sent les petites parties fœtales, et à gauche, on parcourt une surface large résistante, uniformément lisse : en pressant avec les doigts au niveau du détroit supérieur, on sent un corps volumineux dur, qui donne les caractères de la tête fœtale. On ne perçoit pas les mouvements actifs du fœtus ; on ne ressent pas les contractions utérines.

A l'auscultation, les battements du fœtus apparaissent avec la plus grande netteté à la région ombilicale ; le souffle utérin est plus marqué à gauche, en bas, et cependant assez manifeste à droite. Les parties génitales externes sont

saines, peu développées et pourvues de poils rares ; le canal vaginal est mou, humecté, parsemé de granulations. La moitié droite du détroit supérieur du bassin peut être considérée comme totalement oblitéré, le détroit supérieur du bassin est couvert en grande partie par les vertèbres lombaires qui forment une espèce de toit.

En résumé, on n'avait à compter que sur un espace de 4 cent. de diamètre dans le sens antéro-postérieur et oblique, situé dans la moitié gauche du détroit supérieur du bassin : si l'on ajoute à cela, l'état d'occlusion de l'entrée pelvienne, créé par la saillie des vertèbres lombaires, on peut facilement se représenter l'étroitesse du bassin soumis à notre examen.

Le col de l'utérus est long de 2 cent., ramolli, fermé à l'orifice externe ; à travers le segment inférieur de l'utérus, on ne peut toucher aucune partie du fœtus.

L'examen fit reconnaître une grossesse utérine, de huit mois et demi environ, avec un fœtus vivant, présentation du sommet, position gauche ; bassin vicié au troisième degré par suite du rachitisme, en feuille de trèfle.

L'accouchement par les voies naturelles est reconnu impossible et l'indication de l'opération césarienne devient formelle et inévitable.

Devant un cas aussi grave, j'ai cru de mon devoir de soumettre la femme au jugement de mes collègues expérimentés, afin de rechercher ensemble le meilleur moyen de venir en aide à cette malheureuse femme, au moment de l'accouchement. A cet effet, le 3 mai 1876, MM. les professeurs Zoja, Mazzuchelli, Ranzoli, M. Scaltini D[r] Guilmi et autres qui désiraient assister à l'importante consultation tenue en présence des étudiants de sixième année, s'assemblèrent dans la clinique d'accouchements.

La grossesse et la déformation du bassin constatées par

tous, je leur démontrai l'impossibilité de penser dans le cas présent à l'embryotomie, le seul moyen de sauver la femme consistant dans l'opération césarienne, même en cas de mort du fœtus.

Mon avis fut partagé par tous les médecins présents :

Saisisssant l'opportunité de la présence d'une assemblée aussi éclairée, je voulus soumettre au jugement de mes savants collègues, le plan d'opération que j'avais imaginé, pour pratiquer l'opération césarienne. Je me proposais d'amputer l'utérus, après avoir extrait le produit de la conception ; craignant que ma proposition ne rencontrât une approbation favorable, je déclarais que je pratiquerais cette amputation, dans le but d'obtenir l'hémostase, afin de soustraire la femme aux périls imminents de la mort par hémorrhagie.

Pour fortifier ma thèse, je citais plusieurs cas de mort par hémorrhagie, arrivée à la suite de la section césarienne et j'invoquais un cas de mort par hémorrhagie, qui se passa en ma présence, mort survenue un quart d'heure après l'opération césarienne, bien que la section fût exécutée par le célèbre et regretté Lazzotti, à la maternité de Milan, où les soins sont prodigués avec toute la promptitude désirable.

. . . .

Sans faire soupçonner à la femme la triste condition dans laquelle elle se trouvait, nous cherchâmes par tous les moyens possibles à la maintenir dans les meilleures conditions physiques et morales.

Je lui fis prendre chaque semaine, un bain tiède et de courte durée ; elle coucha dans une chambre seule pendant la nuit ; on maintint le ventre libre par des lavements et des purgations ; on lui fit prendre du vin de quinquina.

Avant le terme de sa grossesse, elle fut saisie de contractions si intenses que le docteur qui la soignait, crut op-

portun de me faire appeler; un lavement laudanisé fit cesser les contractions douloureuses.

On se tint sur ses gardes. La clinique obstétricale de Pavie, située au milieu de l'hôpital civil, siège alors de la gangrène, était alors envahie par la fièvre puerpérale; il était difficile de porter un pronostic favorable, lorqu'on se voyait entouré d'un si grand nombre d'ennemis mortels.

Le 21 *mai*, à 10 heures du matin, sans que la femme fût avertie par des contractions douloureuses, les eaux amniotiques s'écoulèrent; aussitôt après, les douleurs commencèrent à devenir régulières et augmentèrent d'intensité; l'exploration vaginale faisait reconnaître le col utérin raccourci, ouvert à peine pour permettre l'introduction du doigt; on ne sentait par le vagin aucune partie fœtale.

La palpation de l'abdomen, au contraire, montrait la tête placée au voisinage du détroit supérieur; les battements du cœur étaient réguliers, perçus à la région ombilicale; dans les intervalles des contractions, on sentait le dos du fœtus tourné à gauche, et les petites parties plus distinctement à droite.

J'exposai à la femme qu'elle devait se soumettre à une opération assez longue, les conditions dans lesquelles elle se trouvait ne lui permettant pas d'accoucher naturellement. Après quelque temps de réflexion, elle se soumit.

A 4 h. 40, elle fut transportée dans l'amphithéâtre d'accouchement, chauffé à la température de 28° centigrades. Tous ceux qui devaient prendre part à l'opération se lavèrent les mains dans de l'eau phéniquée. A 4 heures 42, on commença la chloroformisation, habilement conduite par MM. Guaita et Ranzoli. Quand l'anesthésie fut obtenue, on rasa les poils du pubis, on cathétérisa la femme, et une sonde fut maintenue dans la vessie.

A 4 heures 51, chloroformisation complète; les parois

abdominales furent sectionnées sur la ligne blanche, dans une direction un peu oblique de gauche à droite et sur une étendue environ de 12 centimètres. Avant de passer à l'incision des parois abdominales, on pratiqua la percussion pour être sûr qu'aucune anse intestinale ne se trouvait au devant de l'utérus.

L'obliquité utérine ne pût être complètement redressée, de sorte que l'incision des parois dut être faite un peu obliquement de gauche à droite et de haut en bas, pour assurer le parallélisme entre la plaie intérieure et la section utérine.

La division des parois abdominales fut pratiquée à plusieurs coups, pour pouvoir arrêter l'effusion du sang et pour avoir les bords de la plaie le moins possible sanguinolents au moment de l'incision du péritoine, afin d'obvier à l'entrée du sang dans la cavité péritonéale.

Le péritoine étant fendu, on aperçut le globe utérin tendu, luisant, d'une consistance élastique; l'utérus fut promptement ouvert. La main introduite, on reconnut que la tête correspondait à l'ouverture utérine. Aussi fut-il nécessaire de pousser la main vers le fond de la matrice, en rasant la paroi latérale gauche, l'opérateur étant placé aux flancs droits de la femme. Je saisis le pied droit en faisant des tractions qui dégagèrent la jambe et la cuisse correspondantes. On extraya un fœtus volumineux de sexe féminin, plein de vie, sain, et qui poussa des vagissements aussitôt sorti du sein ensanglanté de sa mère.

Ayant lié et coupé le cordon ombilical, on procéda aussitôt à l'extraction du placenta, qui sortit tout entier avec une grande partie des membranes; son point d'adhésion était au fond de l'utérus. Malgré tous les soins, une anse intestinale sortit par l'angle supérieur de la plaie; elle fut aussitôt réduite.

Dans le cas où l'amputation de l'utérus n'aurait pas été pratiquée, j'aurais suturé les parois de l'utérus par le procédé de Barnes.

L'utérus, de volume égal à celui qu'il présente généralement après l'expulsion du produit, paraissait assez bien contracté ; mais les bords de l'incision, surtout à gauche, laissaient couler du sang en quantité énorme, que l'on modérait à peine par la compression de la main, mais sans l'arrêter. Je me mis à extraire l'utérus de la blessure abdominale pour mieux me rendre maître de l'hémorrhagie, mais l'hémostase ne se faisait pas; heureusement tout avait été prévu pour l'amputation utérine, car certainement l'accouchée aurait succombé dans cette opération à la perte sanguine.

5 h. 3 m. Ayant fait tenir l'utérus perpendiculaire à l'axe du corps et tout entier en dehors de la plaie abdominale, on l'entoura en un point correspondant à l'orifice interne d'un gros fil de fer monté sur le plus solide des serre-nœuds ligateurs de Cintrat ; la constriction fut pratiquée rapidement, en ayant bien soin de fixer le lien constricteur à l'endroit où il avait été primitivement applqué ; une sonde préalablement passée dans la vessie assurait l'intégrité de cet organe. Quand la constriction parut suffisante (la cessation de l'écoulement sanguin en donna une preuve frappante), à l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat, on excisa tout l'utérus, en laissant 2 centimètres de tronc au-dessous du serre-nœud, et cela avec l'intention d'assurer le maintien du constricteur ; puis on fit un tour et demi du serre-nœud, afin d'arrêter toute trace d'écoulement sanguin.

5. h. 6 m. La sonde étant enlevée de la vessie, on passe, à l'aide d'un gros trocart courbe, un tube à drainage de 5 millimètres et demi de diamètre par le vagin, le cul-de-

sac recto-vaginal, et on le fait revenir par l'angle inférieur de la plaie addominale ; ensuite on procéda à la propreté du péritoine, et on enleva quelques grumeaux de sang.

5 h. 8 m. La suture fut faite avec un fort fil d'argent. Quatre points métalliques suffirent pour rapprocher la blessure abdominale.

5 h. 17. La suture est terminée, les fils qui dépassaient sont coupés, et on frictionne le moignon avec du perchlorure de fer. Application sur la plaie de charpie, et pour maintenir trois bandes de diachylon.

5 h. 24. Le ventre, frictionné avec du laudanum, fut couvert avec du coton cardé. La femme est transportée dans son lit, boules aux extrémités.

5 h. 25. Tout terminé.

L'opération depuis la chloroformisation jusqu'à la fin a duré 43 minutes.

9	minutes	pour l'anesthésie.
19	—	pour l'opération.
7	—	pour suture.
8	—	pour pansement.

Le pouls se maintient bien. Aucune impression douloureuse.

Suites de l'opération.— 5 h. 1/2. Efforts pour vomir sans rien rejeter. Glace par petits morceaux. Cuillerée de champagne. Quelques gouttes de laudanum. Chaleur et brûlure dans la partie inférieure du ventre. Pouls 92 à la radiale.

5 h. 45. Cathétérisme, 40 grammes d'urine.

6 h. 1/2. Douleurs abdominales, lavement de camomille avec du laudanum.

6 h. 3/4. Vomissements liquides. Cuillerées de champagne.

7 h. 1/4. Pouls bon. Chaleur normale. Glace et laudanum.

8 h. 1/4. Glace avec 5 gouttes de laudanum.

9 h. 1/2. Cathétérisme, 150 grammes d'urine; par le drain s'écoule de la sérosité sanguinolente. Douleurs abdominales. Lavement laudanisé.

11 h. du soir. Vomissements liquides. Douleurs persistantes. Pouls régulier. Augmentation de la chaleur. Application d'une vessie de glace au bas-ventre. Toniques.

22 *mai*. 1 heure du matin. Léger effort de vomissement. Champagne glacé.

2 heures. 100 gr. d'urine limpide. L'opérée se plaignant du poids de la glace, on l'enlève, les douleurs étant calmées.

4 heures. Vomissements liquides. Toniques.

6 heures. Cathétérisme, 70 grammes d'urine un peu colorée. Pouls petit, filiforme. Douleurs au bas-ventre et aux lombes. Lavement de laudanum.

7 h. 1/4. Vomissements liquides. Champagne glacé.

7 h. 1/2. Douleurs au bas-ventre; injection d'un demi-centigramme de morphine.

8 heures. Cathétérisme. 80 gr. d'urine un peu colorée.

Temp., 39; pouls, 90; resp., 28.

Premier pansement; on enlève la charpie imbibée de sérosité sanguinolente. Ventre légèrement météorisé, peu douloureux; deux tours et demi du serre-nœud; on badigeonne le moignon avec du perchlorure de fer; le drain a donné issue à du liquide sanguinolent. Laudanum sur l'abdomen, coton, puis application d'un bandage de corps. De 10 à 11 heures, repos, puis efforts pour vomir, cédant à la compression du ventre. Toniques; glace.

12 heures. Cathétérisme; 150 gr. d'urine colorée. Temp., 39.

De midi à 2 heures. Douleurs abdominales.

2 heures. La peau se couvre de sueur.

Temp., 40; pouls, 113; resp., 30.

3 heures 1/2. Vomissements liquides.

4 heures. Cathétérisme; 40 gr. d'urine limpide.

4 heures 1/2. On renouvelle le pansement; coton phéniqué, quelques mucosités sortent du drain, perchlorure de fer sur le moignon, quelques cuillerées de bouillon.

7 heures. Cathétérisme; 150 gr. d'urine limpide, la malade prend a ec plaisir du champagne.

Temp., 39 ; pouls, 99 ; resp., 28.

9 heures. Laudanum sur le ventre.

11 heures. Cathétérisme; 140 gr. d'urine limpide.

Temp., 39; pouls, 90.

23 *mai*. Deux heures inquiétantes, fortes douleurs intestinales, envie de pratiquer la défécation, ténesme.

6 heures 1/2. Urine, 30 gr.; gaz.

7 heures. Pansement, le serre-nœud ne peut plus être reserré. Temp., 39; pouls, 90, ventre météorisé, peu douloureux à la palpation, drain, écoulement rare.

9 heures. Clystère pour faciliter les selles.

9 heures 1/2. Vomissements liquides couleur cendrée, peau humide.

11 heures. Cathétérisme; 120 gr. d'urine légèrement roussâtre. De midi à quatre heures. Repos, calme.

4 heures 1/2. Douleurs intestinales, lavements, le premier n'ayant pas agi.

8 heures 1/2. Douleurs à la région inguinale et iliaque gauche, quelques efforts pour vomir.

Temp., 39,3 ; pouls. 112 ; resp., 29.

9 heures. Pansement ; lavage à travers le drain avec une solution d'hyposulfite de soude, perchlorure de fer sur le moignon, les lèvres de la blessure abdominale sont en contact parfait.

10 heures. Lavement.

11 heures. Décharge de matières fécales dures. Calme parfait.

24 *mai.* 2 heures du matin. Lavement, mamelles gonflées, tendues, douloureuses ; on les enduit d'huile tiède. Administration de calomel.

8 heures. Pansement ; lavage du drain d'où s'écoule du liquide putride. Cathétérisme ; 150 gr. d'urine rougeâtre.

Temp., 38 ; pouls, 100 ; resp., 20.

Midi. Repos, sommeil jusqu'à 3 heures, calomel, lait frais, mamelles tendues.

Temp., 37°8 ; pouls, 100 ; resp., 24.

Cathétérisme à 3 et à 6 heures. On accorde à la malade de voir sa petite fille qui se porte bien.

9 heures 1/4. Pansement ; temp., 38,7 ; pouls, 100 ; resp.; 22.

Cathétérisme, nuit bonne, gaz.

25 *mai.* Cathétérisme à 3 et à 6 heures.

7 heures. Pansement. Le serre-nœud est enlevé avec les parties gangrénées du moignon utérin, d'où résulte un infundibulum; lavage du drain et du canal vaginal; ventre non douloureux.

9 heures. Chlorhydrate de quinine ; temp., 37,7 ; pouls, 100 ; resp., 26.

7 heures. Journée bonne, 460 gr. de lait frais, champagne, cathétérisme à 1 et à 5 heures de 150 gr. d'urine limpide ; temp., 38,9 ; pouls, 100 ; resp., 26.

9 heures 1/2. Pansement, léger suintement du drain, suppuration fétide de l'infundibulum, injection détersive, œdème léger des organes génitaux externes, vaginite et vulvite externe ; quinine, pour la première fois, on change la malade de lit. Cathétérisme ; 140 gr. d'urine limpide, pendant la nuit, quelques douleurs et sommeil pendant trois heures, lait frais. Temp , 38,1 ; pouls, 104 ; resp., 23.

26 *mai.* 7 heures 1/2. Pansement ; suppuration bonne,

l'infundibulum se rétrécit, l'œdème vaginal diminue, quinine, café au lait.

Temp., 38; pouls, 96; resp., 22.

9 heures. Quelques douleurs à la partie inférieure de l'abdomen, clystère de camomille et huile d'olive, gaz, soulagement de la malade, quinine.

7 heures. Douleurs vives à la région sus-pubienne et aux parties génitales externes, embrocation avec laudanum. Temp., 38,9; pouls, 96; resp., 24.

9 heures 1/2. La vulvo-vaginite augmente, les follicules de la muqueuse hypertrophiés sont douloureux, la douleur au-dessus du pubis persiste : eschare au sacrum. Temp., 38,2; pouls, 96; resp., 24.

27 *mai*. Douleurs abdominales, cathétérisme, urine aqueuse, quinine, injection de morphine, sommeil paisible.

7 heures. Douleur au bas-ventre, clystère. Temp., 38,8; pouls, 108; resp., 26. Pansement; on enlève les fils métalliques des points inférieurs, le fil supérieur reste seul; des points, sort un pus crémeux, le drain donne issue à un liquide puriforme abondant, mamelles gonflées, on les enduit d'un liniment composé de 12 gr. d'huile de ricin et de 8 gr. d'huile d'amandes douces; ventre peu douloureux en haut, mais sensible dans la fosse iliaque gauche. Craignant un phlegmon, on applique 6 sangsues à la région inguinale; la malade supporte bien la perte de sang, qui coule abondemment.

1 h. après midi. Onction mercurielle avec extrait de belladone à la partie inférieure gauche de l'abdomen, l'accouchée dort avec calme, sueur abondante pendant le sommeil, bouillon de poulet très-concentré. A chaque cathétérisme, on extrait 120 gr. d'urine limpide, administration d'un clystère de camomille et huile d'olive; quinine.

7 heures. Autre lavement; la malade se plaint de dou-

leurs au sacrum, l'eschare s'élargit et prend un aspect gangréneux. Vinaigre de vin. Temp., 39,4 ; pouls, 120 ; resp., 28.

9 heures. On répète le pansement, les douleurs à la région inguinale ont disparu, décharges abondantes de matières fécales dures ; quinine. Temp., 38,7 ; pouls, 104 ; resp. 24.

11 heures. Autre décharge alvine, quelques douleurs au ventre pendant la nuit, sueurs abondantes.

28 *mai*. 2 heures. Autre décharge de matières.

6 heures 1/2. Pansement ; on lève le dernier point de suture, bon état de la plaie, diminution de l'œdème vaginal et vulvaire, quinine, bouillon, lait, consommé. Temp., 39 ; pouls, 100 ; resp., 23.

10 heures. Quinine.

Midi. Pansement, pus de bonne qualité.

4 heures 1/2. La malade suce de la viande, bordeaux, rejet de gaz par le rectum. Temp., 39 ; pouls, 100.

9 heures. Pansement, bon état de la plaie. Temp., 39 ; pouls, 104 ; resp., 24. Bisulfate de quinine avec de l'eau ; bordeaux, nuit calme, 150 gr. d'urine spontanément.

29 *mai*. 7 heures 1/2. Mamelles dures et douloureuses, laissant écouler beaucoup de lait, on les recouvre de ouate, après les avoir enduites d'huile d'olive, pansement, état satisfaisant, bordeaux, lait, bouillon, viande à sucer, solution de quinine. Temp., 38,4 ; pouls, 100 ; resp., 22. La plaie du dos va en s'étendant, poudre de quinquina et lavage avec vinaigre.

De 2 à 6 heures. Pansement. Temp., 38,5 ; pouls, 100 ; resp., 22.

9 heures. Pansement, suppuration peu abondante, lavage et déplacement du drain, des bourgeons charnus diminuent l'infundibulum. La malade ne supportant pas la

solution de quinine, on lui administre de la quinine en poudre. Temp., 38,5.

Le 30. 7 h. du matin. Nuit calme, pansement, extension de l'eschare; lavage au permanganate de potasse, poudre de quinquina, ouate, mamelles tendues et donnant du lait, limonade avec 1 gr. d'acide chlorhydrique, sommeil calme, bordeaux, bouillon, veau bouilli. Temp., 38,9 ; pouls, 100; resp., 24.

2 heures. Pansement, suppuration fétide et abondante. Temp., 39,4 ; pouls, 104 ; resp., 24.

9 heures 1/2. Au drain de 6 millim., on lui en substitue un de 4 millim.; pansement phéniqué pour l'abdomen, permanganate et poudre de quinquina pour le dos, 2 gr. de quinine en solution, 1 bouteille de Bordeaux par vingt-quatre-heures. Temp., 39,4 ; pouls, 104 ; resp., 24.

31 *mai*. 7 heures. Nuit calme, ténesme vésical. Urine évacuée par la sonde, riche en sédiments, contenant : 1° des cellules blanches granuleuses, polynucléées, de même dimension que les globules blancs ; 2° des cellules blanches, plus grosses, à noyaux distincts, plus rares par rapport aux précédentes ; 3° des cellules épithéliales rondes, ovales, isolées ou en groupes ; 4° des cellules épithéliales pavimenteuses, isolées, rares, granuleuses ; 5° des sphères, les unes régulières, les autres irrégulières, même dimension que les globules rouges du sang ; 6° des granulations pigmentaires, des amas d'infusoires. L'urine traitée par l'acide acétique après repos, donne un abondant précipité jaune, traitée par l'acide nitrique donne un précipité blanc, floconneux d'albumine, pansement ordinaire. Extension de la plaie du sacrum, quinine, 2 gr., bordeaux, nourriture habituelle. Temp., 38,4 ; pouls, 88 ; resp., 23.

9 heures. Défécation après douleurs vives du ventre, les matières chassées sont dures, noires; pansement.

6 heures. Faiblesse de la malade. Temp., 38,2; pouls, 84; resp., 23.

9 heures. Pansement, suppuration rare. Temp., 38; pouls, 88; resp., 24.

1er *juin*. 7 h. 1/2, Urine meilleure, ne contenant point d'albumine à la chaleur et par l'action de l'acide nitrique; le ténesme vésical a diminué; état satisfaisant de la plaie. 1 gramme de quinine. Vin, poulet, bouillon. Temp. 38; resp. 23. Quelques frissons, soif vive, langue sèche, mamelles peu tendues.

5 h. Urine trouble, non albumineuse. Temp. 39,9; pouls 108; resp. 32.

6 h. 1/2. Abattement. Temp. 40,4; pouls 108 ; resp. 40.

7 h. 1/2. 2 grammes de quinine à prendre en trois fois pendant la nuit. Spasme uréthral; ténesme vésical. Temp. 40,3; pouls 110; resp. 38.

9 h. Décharge alvine.

2 *juin*. La malade a été inquiète pendant la nuit. Sensation de constriction à la gorge; vomissements causés par la quinine.

7. h. 1/2. Urine claire; pansement. État satisfaisante quinine, bordeaux, consommé. Temp. 39,4; pouls 96; resp. 30.

2 h. Grand calme. 38,7; pouls 88; resp. 23.

6 h. 1/2. Pansement; l'eschare diminue. Temp. 39; pouls 96; resp. 28.

3 *juin*. Sommeil.

7 h. 1/2. Pansement, bon aspect de la plaie du sacrum; temp. 38,8; pouls 88; resp. 26. Quinine, bordeaux, café. Deux décharges de matières contenant un lombric. Temp. 38,6; pouls 80; resp. 22.

9 h. 1/2. Pansement; irrigation vésicale avec une sonde

à double courant; spasme uréthral et vésical; urine limpide. Temp. 38,7 ; pouls 96 ; resp. 22.

4 *juin*. Nuit bonne. Sommeil.

Temp. 38 ; pouls 80 ; resp. 22. Pendant le jour, quinine, bordeaux, consommé, bouillon. Temp. 38,4 ; pouls 92 ; resp. 24.

5 *juin*. La blessure abdominale est presque cicatrisée. Drain de 2 millimètres et demi. Ventre sans aucune douleur ; même traitement et même nourriture. Temp. 38; pouls 80 ; resp. 24.

2 h. Pansement ; temp. 38,5.

9 h. La plaie du dos bourgeonne ; lavage au permanganate. Temp. 39 ; pouls 92 ; resp. 24.

6 *juin*. On enlève le drain qui est remplacé par un double fil de soie; pansement, bouillon, bordeaux. Temp. 38; pouls 80 ; resp. 23.

9 h. Peu d'écoulement du côté de la plaie. Temp. 38,4 ; pouls 92 ; resp. 25.

7 *juin*. 7 h. Nuit calme.

L'infundibulum se rétrécit. L'urine s'écoule sans avoir recours à la sonde. Quinine, bordeaux, nourriture habituelle. Temp. 38 ; pouls 88 ; resp. 22.

2. h. La malade vomit la quinine 37,2.

8 *juin*. 7 h. Constipation ; citrate de magnésie ; deux décharges ; temp. 37.3 ; pouls 7,8.

Soir. 37,8 ; pouls 92 ; resp. 24.

9 *juin*. Nuit calme. Trois pansements par jour des deux plaies qui sont en bonne voie de guérison. Même traitement et même nourriture. Lavages tièdes dans le vagin.

9 h. 1/2. État général bon ; temp. 38,6 ; pouls 96 ; resp. 24.

. 10 *juin*. Repos, état satisfaisant ; même traitement.

Matin : temp. 37 ; pouls 80 ; resp. 20.

Soir : temp. 37,6 ; pouls 90 ; resp. 24.

11 *juin*. Pansement habituel ; douleur à la cuisse et à la jambe gauche ; lymphangite. Onguent mercuriel et extrait de belladone ; cataplasmes ; quinine, bordeaux, nourriture habituelle.

Matin : temp. 37 ; pouls 80 ; resp. 23.

Soir : temp. 38,6.

12 *juin*. Les douleurs de la cuisse et de la jambe gauche diminuent. Cordons lymphatiques gros et douloureux à la pression ; même traitement. Temp. 37,4 ; pouls 80 ; resp. 20. Citrate de magnésie, bouillon, bordeaux. Soir ; temp. 38,1.

13 *juin*. 7 h. du matin. L'accouchée accuse une douleur à la partie latérale gauche supérieure du thorax ; applications de deux sinapismes ; à l'auscultation, quelques frottements pleurétiques. Constipation, clystère.

Temp. 37,4 ; pouls 70 ; resp. 20.

9 h. 1/2. Temp. 39,5 ; pouls 106 ; resp. 28. La douleur au côté est gênante, la quinine est en partie rejetée à 2 heures du matin.

14 *juin*. 7 h. Sommeil agité, sueur et deux clystères, deux décharges de matières noires, douleur au côté à peu près disparue, la plaie va bien. Temp. 37,5 ; pouls 100 ; resp. 24 ; quinine, bordeaux, nourriture liquide.

9 h. Amélioration de la lymphangite : on change les cataplasmes. Temp. 38,7.

15 *juin*. La douleur pleurétique a cessé ; la plaie abdominale est réduite à un petit point de suppuration ; cautérisation au nitrate d'argent ; permanganate de potasse sur la plaie du dos. La lymphangite diminue.

Matin : temp. 37,4 ; pouls 80 ; resp. 20.

Soir : temp, 38,5 ; pouls 85 ; resp. 22.

16 *juin*. La ouate sur le ventre est supprimée ; pansement

avec diachylon, quinine, bordeaux, viande, bouillon. Temp. 37,5.

17 *juin*. Nuit tranquille ; pansement, la plaie abdominale est de 6 cent. 6 mill. Quinine, bordeaux, nourriture plus abondante.

Matin : temp. 37.

Soir : temp. 38,2.

18 *juin*. Diachylon ; diminution lente de la plaie du dos ; cordons lymphatiques plus petits ; décharges régulières. Quinine, vin de bordeaux.

Temp. 38 ; pouls 80 ; resp. 22.

19 et 20 *juin*. Tout marche bien. 37 1/2.

21 *juin*. Même état ; eau ferrugineuse ; une bouteille en plus de bordeaux. Temp. 37.

22 et 23 *juin*. La plaie du dos devient plus petite. Appétit ; digestion facile, l'accouchée se lève pendant deux heures et demie ; légère faiblesse ; sommeil.

24, 25 et 26 *juin*. L'accouchée se lève. La plaie est en bon état ; lait rare, apyrexie.

27 *juin*. Temp. 38,9. Clystère.

28 *juin*. Nuit calme ; temp. 37,3. Constipation, citrate de magnésie. Le soir la température monte à 38,7 ; inappétence ; malaise ; deux clystères.

29 et 30 *juin*. La malade se lève tous les jours. La plaie abdominale est presque invisible ; le ventre est sans douleur, la faiblesse persistant, on attribua cet état à l'air de l'hôpital, aussi fut-elle conduite à Milan le 1er juillet à la Maison de santé. Voyage bon, température normale ; l'appétit revint ; au bout de dix jours les plaies se fermèrent ; grands bains, fer, etc......

Au mois de juillet et août, époque menstruelle, la femme Cavallini fut le sujet d'un phénomène singulier ; elle éprouva un sentiment de plénitude dans le bassin, quelques

tiraillements lombaires douloureux, et de l'œdème de la cicatrice abdominale.

Le tissu cicatriciel du pédicule se gonfla, devint douloureuse, s'ouvrit et laissa couler pendant quatre jours un liquide filant, limpide et gommeux : rien vers les mamelles, puis les phénomènes disparurent.

Rien de semblable pendant le mois de septembre.

18 *octobre*. Quatre mois et demi après, la femme jouit d'une santé florissante et toutes ses fonctions se remplissent bien ; elle est gaie, verbeuse, expansive ; le coloris du visage est bon; les mamelles bien développées et fermes. Elle peut marcher longtemps sans éprouver la moindre douleur.

L'extrémité supérieure de la cicatrice est éloignée de l'ombilic de 45 millim ; l'extrémité inférieure est distante de 30 millim. du pubis.

Le bon état de la femme est constaté par le docteur Gherini, le professeur Albini, le professeur Liebman et les docteurs Mascazzini, Firinanzi et Spreasico, attachés à la Maison de santé, ainsi que par beaucoup d'autres qui ont eu la complaisance de voir et de visiter l'accouchée.

La petite fille, donnée à une bonne nourrice, est d'une santé prospère.

Description de l'utérus.

Les organes enlevés ont été déposés au Musée anatomique royal de l'Université de Pavie.

Le poids de l'utérus est de 640 grammes.

A la partie antérieure, on voit l'incision pratiquée pour l'extraction du fœtus ; — l'extrémité supérieure s'étend jusqu'au voisinage du bord gauche à une distance de 5 cent. des ligaments larges. Sur le bord droit de la bles-

sure longue de 7 cent., on remarque à la partie supérieure suivant un trajet de 3 cent., une lacération du tissu, dû à l'effort nécessité pour extraire le fœtus, effort qui porte principalement sur ce point, c'est pourquoi la figure a un aspect irrégulier.

Le bord gauche de la section est régulier, long de 5 cent. et descend verticalement, tandis que le bord opposé se dirige à droite ; la longueur de la paroi antérieure de l'utérus est de 15 cent., la paroi postérieure est de 13 cent., la plus grande largeur de l'utérus est de 11 cent. 1/2. L'amputation a été faite au niveau de l'orifice interne.

Au côté droit de l'utérus, est adhérent tout l'ovaire avec la trompe de Fallope et une portion du ligament rond : à gauche, au contraire, on a seulement le ligament utéro-ovarique avec une portion d'ovaire, qui forment ensemble une longueur de trois cent., tandis que l'ovaire droit avec son ligament utéro-ovarique a une longueur de 6 cent. 1/2. — Des trois cent. 1/2 de portion ovarique, manquant à gauche, deux cent. au moins faisaient partie du moignon écrasé, et 1/2 seulement devait être attaché au moignon vital : probablement aussi, cette petite partie se sera éliminée par la suppuration ou se sera enfoncée dans les tissus de nouvelles formations et, par suite, aura été rendue impuissante à remplir sa fonction et à causer à la femme, les accidents dont se plaignait Pean après une amputation utérine.

A gauche, il faut encore noter que 5 cent. seulement de la trompe de Fallope sont adhérents à l'utérus et que le ligament rond a trois cent. à peine de longueur.

La longueur de la cavité utérine est de 11 cent : dans l'intérieur de l'utérus se trouvent des membranes dont quelques-unes sont très-adhérentes.

Obs. II. — Opération césarienne avec extirpation de l'utérus, pratiquée le 22 juin 1877 par Spath, professeur à la deuxième clinique d'accouchements de Vienne (1) — Rétrécissement du bassin par ostéomalacie. Succès.

La femme Weigl (Josefa), âgée de 40 ans, épouse d'un ouvrier tisserand, née à Monterndorf, enceinte pour la dixième fois, a été admise dans la clinique du professeur Spath, le 29 mai 1877, inscrite sous le n° 2413 du livre d'admission. Elle est née de parents bien portants, la mère est morte en couche, son père est mort l'an passé. — Ses frères et sœurs jouissent d'une bonne santé ; elle-même n'a fait aucune maladie dans sa jeunesse, elle ignore à quel âge elle a commencé à marcher.

Réglée pour la première fois à l'âge de 18 ans, sa menstruation fut depuis régulière. Mariée à l'âge de 25 ans, elle accouchait douze mois après : ce premier accouchement fut facile et ne dura que douze heures : l'enfant vit encore. La seconde fois, elle accouchait à l'âge de 28 ans de deux jumeaux, qui se présentaient tous les deux par les pieds et vécurent six mois. La troisième couche a été plus laborieuse à cause du gros volume de l'enfant. Au dire de cette femme, il en fut de même dans les deux accouchements suivants. De ces enfants, un garçon de 8 ans vit encore, un est mort à l'âge de 4 ans et un à l'âge de 14 jours, — pour son sixième accouchement à Vienne, la malade fut admise le 29 mai 1876, dans la troisième clinique d'accouchements, vingt heures après le commencement du travail. Après avoir constaté que le fœtus était mort et que le bassin présentait des déformations considérables, on procédait immédiatement à la perforation du crâne.

L'enfant, sans le cerveau, pesait 3150 grammes. L'ac-

(1) Wiener med. Wochenschrifft, n° 4, 1878.

couchement suivant se passa sans difficulté. Entre ses grossesses elle avorta trois fois, une fois au troisième, une au quatrième et la dernière au sixième mois. De sa grossesse actuelle elle ne sait rien, si ce n'est que le 12 janvier 1877 elle sentait pour la première fois les mouvements de l'enfant, et comptait accoucher au commencement de juin. Cette femme vivait dans de mauvaises conditions hygiéniques, soit pour la nourriture, soit pour l'habitation. Les moyens d'existence du mari ne lui permettaient pas de manger de la viande plus d'une fois par semaine, l'habitation humide et non aérée semble être une des causes de l'affection osseuse. Cette affection a commencé à se manifester il y a cinq ans par des douleurs rhumatismales dans tous les os, particulièrement dans les os des membres inférieurs, sans abolir complètement leurs mouvements. Dans cette situation pénible, la malade cherchait à se faire admettre dans un établissement pour sa couche prochaine, et se présentait le 27 mai d'abord dans un hôpital de la ville, d'où elle a été envoyée deux jours plus tard dans ma clinique, parce que, se plaignant de douleurs lombaires, on avait cru qu'elle était au commencement du travail.

Au moment de son entrée dans ma clinique le facies de la malade était très-mauvais ; maigre, pâle, la peau flasque, les extrémités œdématiées.

L'exploration de la poitrine faisait constater un catarrhe bronchique ancien. L'urine rendue en petite quantité fut examinée par le professeur Ludwig. Elle présentait une réaction acide, une couleur jaune foncé, un poids spécifique de 1,028, une quantité notable d'albumine et dans les sédiments se trouvaient des globules de pus et des cellules d'épithélium pavimenteux, mais pas de cylindres fibrineux. L'abdomen était fortement porté en avant, les parois abdominales sans tissu adipeux, très-minces, les muscles droits

de l'abdomen très-dilatés et écartés ; l'utérus situé sur la ligne médiane est flasque , et dans le décubitus dorsal de la malade, il arrivait jusqu'à près de l'appendice xiphoïde. Dans ces circonstances, il était facile de constater qu'il existait une quantité modérée de liquide amniotique et que le fœtus était vivant et sa position transversale. Le squelette assez grêle ne mesurait que 1 mètre 37 cent. de longueur. La colonne vertébrale, dans la région des derniers vertèbres lombaires et à la base du sacrum, était inclinée un peu à gauche ; les membres inférieurs n'étaient pas incurvés. Le sacrum est convexe, la symphyse pubienne portée en avant en forme de bec.

Distance	des épines iliaques antérieures et supérieures	21 cent.
—	crêtes iliaques	28,3.
—	trochanters	28

A l'examen intérieur, ce qui frappait surtout, c'était l'étroitesse et la forme pointue de l'arc du pubis, le promotoire était à 9 cent. et demi du bord inférieur de la symphyse. La ligne innominée se dirigeait des deux côtés en dedans, mais plus du côté droit que du gauche, de façon que l'index et le médius ensemble pouvaient encore passer entre le point de réunion de la ligne innominée et du promotoire du côté gauche, ce qui n'était plus possible du côté droit. L'entrée du bassin, un peu oblique, avait la forme de chapeau. Les contractions de l'utérus n'étaient pas appréciables ; le diagnostic et le pronostic furent donc les suivants. Fin de la dixième grossesse normale, grossesse simple ; fœtus vivant en position transversale, bassin à la suite d'ostéomalacie tellement déformé et rétréci, que le passage d'un fœtus à terme, même au moyen de l'embryotomie, sera impossible. Il y avait donc une indication absolue de pratiquer l'opération césarienne, ce qui était aussi l'opinion de

mon ami et collègue le professeur de Braun-Fernwald. Comme le travail n'avait pas encore commencé, en plaçant la femme dans une salle où se trouvaient des accouchées bien portantes, sans lui rien dire de la décision prise à propos de son accouchement, avec l'ordre aux personnes de service, d'avertir immédiatement à l'apparition de ses premières douleurs ou de l'écoulement des eaux. En attendant, j'ai voulu tenir à profit le temps jusqu'à l'accouchement pour améliorer son catarrhe bronchique et la fortifier un peu par une nourriture appropriée à son état. Repos au lit, température uniforme, nourriture animale, morphine. Pendant les vingt-quatre jours qui ont précédé le travail, le facies n'a pas changé ; des douleurs lombaires violentes et des accès fréquents de toux, tourmentèrent la pauvre malade constamment et interrompirent son repos malgré l'administration de la morphine.

L'urine n'avait pas changé, mais l'œdème des jambes diminuait ; des symptômes fébriles n'ont jamais été observés. La température oscillait entre 36,3 et 37,5, le pouls entre 70 et 80. Pendant ce temps-là, toutes les mesures étaient prises en vue d'une prochaine opération.

Le 22 *juin*, M. le Dr Schanta remarquait à la visite du soir des contractions régulières de l'utérus et l'écoulement des eaux ; d'après la malade, le travail aurait commencé dans l'après-midi, les douleurs étaient encore faibles, la position transversale s'était transformée en deuxième du sommet, les battements du cœur du fœtus étaient réguliers et clairs.

Jusqu'à 9 heures du soir, les douleurs sont devenues plus fortes et l'orifice du col livrait passage à trois doigts. Le moment d'agir était donc arrivé. .

Pendant que les invités, pour assister à l'opération, se sont rendus dans la salle, j'annonçais à la femme que son

accouchement ne pourrait se terminer qu'au moyen d'une opération très-grave et très-difficile, et que sans son secours elle devrait fatalement succomber. Elle répondit qu'elle était prête à subir tout ce qui était nécessaire, son mari ayant déjà consenti auparavant.

On l'apporta sur la table d'opération, et pendant que tous ceux qui prenaient part à l'opération se lavaient les mains dans une solution d'acide phénique au 1[100, M. le D[r] Wolfler administrait le chloroforme. MM. les professeurs de Braun-Fernwald et Weinlechner m'aidèrent directement dans l'opération, tandis que MM. les D[rs] Schanta, Kucher, Riedinger, Baudl, Konel, Riedl et Felremeich avaient chacun une autre occupation. Le D[r] Reuss faisait fonctionner le pulvérisateur. Après avoir fait une injection sous-cutanée d'ergotine dans l'intention d'activer les contractions de l'utérus après l'expulsion de son contenu, on pratiquait le cathétérisme pour vider la vessie, afin de se rendre compte de ses rapports avec le segment inférieur de l'utérus, puis on lavait les parois abdominales avec une solution d'acide phénique.

Après avoir placé l'utérus dans la direction médiane, je faisais l'incision sur le trajet de la ligne blanche, commençant deux centimètres au-dessous de l'ombilic, jusqu'à trois centimètres au-dessus de la symphyse. Les parois de l'abdomen extrêmement minces furent divisées en un trait de bistouri et ne donnèrent pas de sang. De même à l'incision de l'utérus, l'hémorrhagie fut peu considérable, parce que le placenta n'était pas inséré dans la partie antérieure de cet organe.

Après l'ouverture de la poche, il apparaissait peu de liquide amniotique et le membre supérieur gauche se pressait à l'extérieur. J'allais avec ma main droite à la recherche des membres inférieurs et passant le long du côté

gauche du fœtus, pour l'extraire, ce que j'ai obtenu facilement, de façon que le garçon nouveau-né criait déjà avant d'avoir quitté le ventre de sa mère. Après la section du cordon ombilical et avoir remis l'enfant à un des assistants, j'ai rapidement éloigné le placenta et les membranes de la poche et je plaçais l'utérus qui restait assez flasque hors de la cavité abdominale, afin d'éviter tout épanchement dans la cavité péritonéale. Pendant que l'on tenait l'utérus dans une position verticale au-dessus de l'abdomen et que le professeur V. Braun rapprochait fortement les parois abdominales autour de la partie inférieure de l'utérus, nous cherchions, le professeur Weinbchner et moi, à nous rendre maîtres de l'hémorrhagie par le massage de l'organe et par l'application des éponges trempées dans de l'eau glacée sur la surface de la section et sur le point d'insertion du placenta, mais l'organe ne réagissait pas et l'hémorrhagie ne s'arrêtait pas. Je me décidais rapidement à extirper l'utérus et j'appliquais la chaîne de l'écraseur autour de l'utérus, en la plaçant au-dessus de son orifice interne, et en embrassant les trompes qui pendaient verticalement sur les côtés de l'organe à peu près dans le milieu de leur trajet, de telle sorte que les ovaires se trouvaient au-dessous de la chaîne et restaient dans la cavité abdominale. Après avoir fixé la chaîne, je serrai aussi vite qu'il m'était possible et si fortement, que l'utérus devint complètement pâle et on n'apercevait plus aucune trace de sang, ni sur la surface de section, ni sur le point d'insertion du placenta. Lorsque j'eus trouvé la constriction suffisante, je fixai la chaîne moyennant une vis, puis j'enlevais l'instrument de la chaîne et je sectionnai l'utérus trois ou quatre centimètres au-dessus du point de constriction.

Mais comme la partie restée au-dessus du nœud me pa-

raissait trop épaisse, j'enlevai encore une coupe de deux centimètres et je coupai avec de forts ciseaux les bords un peu dentelés. Le pédicule resté au-dessous du nœud, à peu près de deux centimètres de long, s'étalait en forme de rosette et ne présentait aucune tendance à se retirer dans la cavité abdominale. L'hémorrhagie n'était plus à craindre sur aucun point. Je passai immédiatement au nettoyage de la cavité abdominale ; mais j'ai constaté en même temps qu'il y avait à peine une trace de sang épanché dans les circonvolutions intestinales. Après avoir introduit quatre tubes à drainage, deux dans les replis de Douglas et deux plus haut dans la cavité abdominale à droite et à gauche entre les anses intestinales, on pratiqua la réunion de la plaie abdominale avec des fils de soie et on introduisit un tube à drainage dans chaque espace qui se trouvait entre les sutures, au nombre de sept. Le moignon, resté dehors, fut badigeonné avec une solution de chlorure de zinc au 8[100 (8 centièmes). On lava les parois abdominales avec de l'eau phéniquée et on pansa la plaie d'après le système de Lister, puis on couvrait les parois abdominales avec une couche épaisse de ouate de Bruns et enfin on entourait tout le pansement avec une alèze qu'on maintenait fixée par plusieurs points de suture. Toute l'opération depuis le commencement de l'administration du chloroforme jusqu'à la fin du pansement dura un peu moins d'une heure.

L'utérus, extirpé avec les parties internes de ses annexes jusqu'à la partie moyenne des trompes sans ovaire, était de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, 16 cent. de long et 14 cent. de large. L'épaisseur de ses parois était au fond de 1/2 cent. et à la partie moyenne de la section de 3 cent. Son poids 950 gr.

L'incision commence un peu au-dessous de l'organe ; à l'extrémité supérieure de l'incision, on trouve une déchi-

rure de 2 centimètres de profondeur dirigée à gauche dans le fond de l'utérus.

Suites de l'opération. — La malade lavée et portée dans un lit chauffé ne se plaignait que d'une sensation de brûlure au ventre. Vin, bouillon.

Le pouls immédiatement après l'opération 100.

A minuit : temp. 36 ; pouls 80 ; respir. 32. A cause de sa toux, on lui prescrivit 0,01 de chlorhydrate de morphine.

23 *juin.* Vers le matin, la malade a un peu dormi. La température montait graduellement depuis minuit jusqu'à midi. A 4 heures du soir, elle était de 38,6, et se maintenait ainsi jusqu'à 10 heures du soir.

(Ce fut la plus haute température observée chez cette femme.) Le pouls, qui était durant toute la matinée 88, s'élevait vers 4 heures du soir à 128, à 10 heures du soir à 124.

Dans la journée, elle a vomi quatre fois une petite quantité de liquide bilieux. Pas de douleurs ; ventre plat, souple, non sensible, rétention d'urine.

Traitement : Chlorhydrate de morphine, glace, champagne, bouillon. Trois fois par jour, on retire l'urine avec la sonde. A 5 heures, on change le pansement dont les pièces étaient trempées par un liquide séreux, sécrété par le moignon.

24 *juin.* La malade a dormi pendant la nuit et n'a vomi qu'une fois. Temp. matin 37,8 ; à 1 heure du soir, 37,2 ; à 7 heures, 37,5. Pouls pendant toute la journée à 104. Dans l'après-midi, elle a vomi une fois. Le ventre à peine ballonné, souple, non sensible. A la percussion, son tympanique.

Traitement : Chlorhydrate de morphine, glace, champagne, bouillon. Cathétérisme trois fois par jour. A 5 heures

du soir, lavement d'eau tiède que la malade garde et qui reste sans effet. Changement de pansement à 10 heures du matin ; on applique sur le moignon qui suppure fortement uu petit sac de gaze rempli de sesquichlorure de fer cristallisé.

25 *juin.* La malade, ayant été un peu tourmentée par la toux, a dormi presque toute la nuit, et j'ajoute de suite que, pendant les nuits suivantes, il n'est plus survenu de troubles sérieux.

A 7 heures du matin, tempér. 36,8; pouls 88. A 11 heures du soir, tempér. 38,4 ; pouls 112. La toux diminue sensiblement même le jour; les mamelles sont remplies de lait, mais non douloureuses ; la malade urine seule. On cesse par conséquent de la sonder.

Traitement : On supprime le chlorhydrate de morphine. Champagne à l'eau, bouillon. A 10 heures du matin, changement du pansement ; on trouve la partie extra-abdominale du moignon ratatinée et sèche.

Lavement d'huile de ricin qui donne lieu dans l'après-midi à une évacuation de gaz et d'un peu de matière fécale liquide.

26 *juin.* A 7 heures du matin, tempér. 37,5 ; pouls 92 ; à 9 heures du soir, tempér. 37,8 ; pouls 100.

Pendant la journée, six garde-robes semi-liquides.

Traitement : Champagne à l'eau, bouillon, lait.

A 10 heures du matin, on changea le pansement toujours en faisant fonctionner le pulvérisateur.

27 *juin.* A 7 heures du matin, tempér. 37,2 ; pouls 88 ; à 8 heures du soir, tempér. 37,6 ; pouls 100.

Pendant la nuit passée, dix selles semi-liquides, et durant la journés cinq évacuations liquides, après lesquelles la malade se sentit beaucoup soulagée ; le ventre est plat et souple. Ces garde-robes fréquentes me paraissaient d'autant

plus étonnantes que pendant le séjour de la malade à la Clinique avant l'opération, il fallait soigner sac onstipation, mais comme la malade se portait très-bien. je ne trouvais pas de raison d'intervenir pour arrêter cette diarrhée.

Traitement : Potages et lait. En changeant le pansement, j'ai supprimé un tube à drainage et les deux sutures moyennes, parce que les points traversés par l'aiguille commençaient à suppurer.

Pansement au diachylon.

28 *juin.* Tempér. 37,2 à 37,5 ; pouls 92 à 96.

Quatre selles semi-liquides.

Régime : A partir de ce jour, tous les matins du café ; à midi, potage et poulet rôti ; après-midi, du lait ; le soir, potage.

29 *juin.* Tempér. 36,8 à 37,6 ; pouls 96.

Cinq évacuations semi-liquides. Même régime que la veille.

30 *juin.* Tempér. 36,8 à 37,7 ; pouls 96 à 100,

Pas de garde-robes.

Régime ordinaire. On enlève les sutures qui suppuraient en partie. Pansement au diachylon.

1er *juillet.* Tempér. 37,2 à 37,8 ; pouls 84 à 88.

2 *juillet.* Tempér. 36,2 à 37,5 ; pouls 84.

Régime ordinaire. Café après le repas de midi.

4 *juillet.* J'enlevais le second tube à drainage, et le 5 juillet, le troisième et le quatrième tube.

A cette occasion, je fais remarquer que dans tous les tubes qu'on coupait dans toute leur longueur, aussitôt qu'ils étaient enlevés, on trouvait des exsudats concrétés de 1 à 2 cent. de long.

L'état général de la malade continuait d'être excellent : sommeil, appétit, bonne digestion.

Le régime, à partir de ce moment, était : le matin, du café avec du pain blanc ; avant-midi, un verre de lait ; à midi, potage, poulet rôti avec confiture, lait, du vin et un petit pain ; à 4 heures du soir, du café et un petit pain ; le soir, un potage ; dans la nuit, du lait.

La malade gagnait de jour en jour plus de forces.

11 *juillet*. L'analyse de l'urine ne faisait constater que des traces d'albumine, qui disparurent complètement au bout de quelques jours ; la toux avait déjà complètement cessé.

Les mamelles contenaient beaucoup de lait ; on atteint difficilement le fond du vagin.

30 *juillet*. La plaie abdominale était complètement cicatrisée, et la malade quittait pour la première fois le lit pour passer quelques heures de l'après-midi dans un fauteuil.

Ses premiers essais pour la marche furent pénibles ; en outre, elle se plaignait de douleurs lombaires, et surtout dans les plantes des pieds. On lui fit chausser des souliers en feutre. Son état s'améliorait si rapidement que, le 10 août, elle pouvait déjà descendre dans le jardin et se promener sans appui. A l'angle inférieur de la plaie, apparaissent des granulations que des cautérisations au nitrate d'argent sont impuissantes à arrêter.

8 *août*. On enlevait une prolifération fongueuse avec les ciseaux ; après quoi, on passait le crayon sur la plaie, mais sans succès. Les granulations continuaient à se développer rapidement, et je soupçonnais l'existence d'une fistule du col.

26 *août*. Je cautérisais ces granulations avec le thermocautère de Paquelin. Mais cette cautérisation resta encore sans succès, quoique la malade eût gardé le repos le plus absolu.

Jusqu'au 30 août, il se produisit une fongosité de la grosseur d'un pois dans l'angle de la plaie, tandis que la peau qui entourait cette fongosité était d'une dureté calleuse. Il ne restait plus qu'à enlever cette fongosité avec des ciseaux et à la recouvrir d'une couche de ouate imbibée de perchlorure de fer. La sécrétion diminue enfin, et la femme peut être renvoyée, à condition de se présenter encore souvent à notre consultation.

Le ventre était plat et souple, la peau élastique.

La longueur de la cicatrice était 6 cent. 5.

La distance entre l'angle supérieur de la cicatrice et l'ombilic était de 1 cent. ; celle de l'angle inférieur à la symphyse était 4 cent. 5.

Dans les mamelles, il y avait encore du lait. Etat général excellent.

24 *septembre*. La surface suppurée était diminuée de beaucoup et, le 1er octobre, elle était à peine de la grosseur d'un grain de chènevis.

La malade montait et descendait les escaliers plusieurs fois par jour, sans éprouver la moindre fatigue. De temps en temps cependant, elle éprouve quelques douleurs lombaires.

4 *décembre*. La cicatrice fut complètement fermée. La guérison était donc définitive.

18 *janvier* 1878. Sept mois après l'opération, je présentais la malade à la Société des médecins.

Son état général était alors excellent.

Elle ne se plaignait de rien, avait bonne mine et pouvait vaquer à ses occupations de ménage, sans éprouver aucune difficulté.

La plaie abdominale était complètement et solidement

cicatrisée, et nulle part il n'y avait rétraction du ventre. La menstruation n'est pas encore revenue.

L'enfant pesait après sa naissance 2900 grammes, bien développé ; est mort dans la maison des Enfants-Trouvés le 10 septembre, à la suite d'un catarrhe intestinal.

Obs. III. — **Amputation utéro-ovarique, pratiquée par le professeur Spath, de Vienne, le 3 septembre 1877** (1). — **Bassin déformé par ostéomalacie. Insuccès.**

Le 3 septembre 1877, le soir, on amenait à la clinique la nommée Reich (Marie), âgée de 29 ans, née à J..., en Bohême, femme d'un employé du gouvernement. Elle était à terme de sa quatrième grossesse, et le travail était déjà avancé. Examinée immédiatement après son entrée, on constatait un rétrécissement du bassin par suite d'ostéomalacie tellement considérable, que l'accouchement ne pouvait se terminer que par l'opération césarienne. Son histoire est la suivante : Reich (Marie) provient d'une famille nombreuse ; elle avait une sœur et cinq frères dont trois vivent encore ; son père est mort il y a trois ans, sa mère vit encore. Sur l'état de santé de ses parents, elle ne sut rien dire. Elle commença à marcher à l'âge de 9 mois ; ses jambes présentaient une courbure légère à convexité en dehors. Elle ignorait à quelle époque remontait sa première menstruation, et elle nous disait seulement que ses règles survenaient habituellement à trois ou quatre jours d'avance. Elle s'est mariée il y a six ans, et, dans les premiers temps, elle vivait dans la misère, habitant un logement humide. Depuis trois ans, sa condition sociale s'est améliorée, pourtant elle mangeait rarement de la

(1) Wien. med. Wochenschrift, n° 4, 1878.

viande et se nourrissait souvent de pain et de bière. Des trois couches antérieures, les deux premières se sont faites spontanément ; la troisième s'est terminée par le forceps : l'enfant, bien développé, a vécu douze heures. Cette femme prétend n'avoir jamais beaucoup souffert ; mais, après chaque couche, elle éprouvait des difficultés dans la marche. En dehors de cela, elle pouvait toujours vaquer à ses occupations, même pendant le temps de sa grossesse actuelle. Elle attendait son accouchement pour le 6 septembre.

Les premières douleurs se déclarèrent le 2 septembre, à une heure et demie du matin. A huit heures, la poche des eaux s'est rompue ; les douleurs augmentèrent alors d'intensité et durèrent deux jours et une nuit. A quatre heures du soir, on appelait le médecin qui l'avait accouchée la dernière fois au forceps. Il déclarait qu'il ne pouvait rien faire dans les conditions où elle se trouvait actuellement, et lui conseillait de chercher secours à la clinique.

A son arrivée, elle présentait une maigreur extrême et une coloration ictérique de la peau et de la sclérotique. T. 37°8 ; P. 84. L'utérus était dans un état de contraction tétanique ; le fœtus se trouvait dans la position du sommet ; les battements du cœur du fœtus non appréciables.

Par le toucher, on sentait difficilement le crâne ; le liquide amniotique était altéré. Quant aux rapports du bassin, je renvoie aux résultats de l'autopsie ; ici, il me suffit de remarquer que le rétrécissement du bassin était tellement considérable qu'il n'y avait d'autre ressource que de pratiquer l'opération césarienne. Aussi, il ne restait pas de temps à perdre, quoique le succès fut très-incertain. L'enfant était mort, il y avait développement de gaz, produit de la putréfaction dans la cavité utérine. Cet état constituait un sombre tableau qui laissait peu d'espoir pour sauver la vie de la mère ; de plus, on avait à craindre

la septicémie qui peut survenir même lorsqu'on n'a pas recours à une opération. Le moment favorable pour opérer était depuis longtemps passé, et chaque minute d'hésitation ne faisait qu'augmenter le danger pour la mère. Ce fut l'opinion des professeurs Braun Fernvald et Gustave Braun. Je procédais donc à une opération, que j'exécutais tout à fait de la même façon que la précédente. Pourtant, je dois ajouter que cette fois-ci j'ai ouvert la cavité abdominale avec l'intention d'extirper l'utérus, et non comme dans le premier cas où l'amputation de la matrice ne fut pratiquée que dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, qui mettait en danger les jours de la malade. C'est pour cela cela que je n'ai pas fait une injection sous-cutanée d'ergotine, non-seulement parce que les contractions de l'utérus étaient alors énergiques, mais parce que l'activité de l'utérus, après l'opération, m'inquiétait peu.

Lavage de la paroi abdominale avec de l'eau phéniquée, cathétérisme, pulvérisation, incision des parois abdominales. Lorsque je portais le bistouri sur l'utérus, une grande quantité sang jaillissait, car le tiers supérieur de mon incision tombait sur le placenta, inséré sur la paroi antérieure.

Après l'extraction du fœtus, qui se trouvait dans la première position du sommet, j'essayai d'extraire l'utérus de la cavité abdominale, sans les débarrasser préalablement du placenta, pour ne pas augmenter l'hémorrhagie par son décollement. Mais l'utérus avec le délivre étaient trop volumineux pour les faire passer par l'incision abdominale ; nécessité était donc d'enlever d'abord le placenta, ce qui donnait lieu à un écoulement abondant de sang provenant, soit du point d'insertion placentaire, soit des surfaces de la section abdominale.

La constriction du col avec la chaîne de l'écraseur mit

fin à l'hémorrhagie et montra la supériorité de cette méthode en cette circonstance. En faisant la toilette du péritoine, on vit qu'il ne s'était produit aucun épanchement, et on appliqua immédiatement les tubes à drainage. Il furent introduits isolément, un entre deux points de suture; le pédicule resta en dehors de l'angle inférieur de l'incision et on le badigeonna avec une solution de chlorure de zinc au 8/100e.

Le pansement fut appliqué exactement d'après la méthode de Lister. Le fœtus mort, du sexe masculin, de 49 cent. de long, pesait 2,970 grammes; l'épiderme était altéré, se détachait facilement; le cordon ombilical était verdâtre : il en était de même des membranes.

L'autopsie du fœtus, faite par le Dr Chiari, donnait les résultats suivants : les parties molles du crâne présen taient de nombreuses extravasations de sang. Le sang liquide se trouvait en partie entre le péricrâne et l'aponévrose épicrânienne et en partie entre le péricrâne et les os du crâne; les méninges et l'encéphale très-congestionnés. Les tubes aériens renfermaient un liquide grumeux; la glande thyroïde et le thymus très-congestionnés; les deux poumons très-denses au toucher; le parenchyme pulmonaire hépatisé et fragile donnait à la pression un liquide ressemblant à du pus mélangé à du sang. Dans les alvéoles, on constatait par le microscope la présence d'un exsudat formé de globules rouges et blancs, de cellules épithéliales et d'un peu de fibrine. D'après cet examen, il est probable que le fœtus est mort à la suite d'une pneumonie intra-utérine bilatérale, comme cela arrive lorsque la mère est déjà atteinte de septicémie avant l'accouchement.

L'utérus extirpé jusqu'à la partie inférieure du col avec ses annexes, ovaires et trompes est plus grand qu'une

tête de fœtus à terme, 18 cent. de long, 15 cent. de large, 6 cent. d'épaisseur ; son poids est de 800 grammes. La surface interne de l'utérus est couverte d'une couche de détritus grisâtre.

Suite de l'opération. — La température, qui, immédiatement avant l'opération était de 38°, n'était aussitôt après l'opération que de 37°,7, tandis que le pouls montait à 140.

4 *septembre*. La nuit se passa tranquille, la malade dormit un peu. La température descendit graduellement jusqu'à six heure et demie du matin (37°,3) pour remonter de nouveau graduellement et atteindre le soir à neuf heures et demie, 38°,6. Le pouls, qui était le matin à 108, fut le soir à 114. Pendant la nuit, on sonda quatre fois la malade ; la première fois, on retirait 100 gr., les deux autres fois moins, d'urine très-concentrée d'un rouge jaunâtre. Examinée au laboratoire du professeur Ludwig, cette urine présentait une sécrétion acide, densité 1,031, des sédiments abondants, renfermant des globules de sang, des cellules épithéliales du rein, et une quantité notable d'albumine et de matière colorante du sang. A partir de midi, la malade urinait seule et régulièrement. A midi et le soir, l'opérée vomissait un liquide verdâtre, mais le mari nous disait qu'elle avait déjà vomi chez elle une matière pareille. Le ventre restait toute la journée souple, non ballonné, non douloureux, le pédicule suppurait peu.

Traitement et régime. — Bouillon, eau de Seltz; morphine et eau de laurier-cerise sur des morceaux de glace. A dix heures du matin, changement de pansement, toujours avec le pulvérisateur.

5 *sept*. La nuit, le malade a assez bien dormi. Temp. à six heures du matin 37°,2 ; pouls 100. A deux heures et demie du soir, température 37°,9 ; ventre souple, non douloureux ; la suppuration du pédicule est abondante et très-

fétide; plusieurs vomissements verdâtres dans la journée. Après midi, un peu de céphalalgie ; état intellectuel normal; pas de dépression; la malade parle; urine jaune foncé, trouble, acide; poids spécifique 1028; sédiments assez considérables, renfermant des globules de pus et de l'épithélium pavimenteux; un peu d'albumine.

Traitement et régime. — Morphine avec de l'eau de laurier-cerise sur des morceaux de glace, champagne, bouillon. Pansement.

6 *sept.* Temp. 37°,5. Soir 38°,1 ; souvent des nausées et des vomissement d'un liquide verdâtre; ventre un peu ballonné, mais non douloureux. A une pression légère, on voit apparaître du pus dans l'angle supérieur de la plaie, qui est sans réaction. Du vagin, il s'écoule un liquide ichoreux d'un brun foncé.

Traitement et régime. — On remplace le champagne par de la limonade sur la demande de la malade. A dix heures du matin et à deux heures du soir, un lavement avec 30 gr. d'huile de ricin, et, comme il ne produit aucun effet, on administra à cinq heures un autre clystère avec 50 gr. d'eau laxative de Vienne et 3 gr. d'eau de laurier cerise; injection vaginale avec de l'eau phéniquée ; le reste comme la veille.

7 *sept.* Temp. 37°,4. Soir 38°,3 ; pouls 108. Soir 114. Les lavements de la veille étant restés sans effet et la malade se plaignant, on essaya une irrigation du gros intestin-mais sans effet. On administra alors à midi, à deux, trois et cinq heures, une dose de 0,2 décigr. de calomel ; injections vaginales d'eau phéniquée. Changement du pansement deux fois par jour.

8 *sept.* Temp. 37°,4. Soir 38°,2 ; pouls 120. Les mamelles renferment du lait. Dans la nuit et pendant la journée, vomissements verdâtres fréquents. Les dose de calomel,

administrées la veille, restant sans effet, on donna à dix heures du soir et à une du matin, une dose de 0,5 de calomel, dont l'administration fut bientôt suivie d'une évacuation de gaz et de matière floconneuses. Après un clystère d'eau lavative, donné à onze heures du matin, la malade eut une seconde évacuation à midi, puis une autre à deux heures et demie. L'opérée se sentit notablement soulagée; dans l'après-midi de nouveaux vomissements verdâtres. Renouvellement deux fois du pansement; injections vaginales d'eau phéniquée; lait, bouillon, vin.

9 *sept.* Temp. 37°,2; soir 38°,2. Pouls matin 136; soir 140. Dans la nuit, une évacuation liquide. On administra un lavement au laudanum. Vomissements verdâtres. L'articulation du genou droit est gonflée, très-douloureuse. Les bords de la plaie abdominale ne sont pas réunis. Tous les points traversés par le fil de la suture suppurent; les points les plus rapprochés du pédicule sont transformés en trous de la grosseur d'un pois. Le pédicule est tellement mou que le nœud de la chaîne de l'écraseur l'entame avec peine. On enlève toutes les sutures, puis on lie le pédicule avec un fil double, après l'avoir débarrassé de la chaîne de l'écraseur. On lave la plaie avec de l'eau phéniquée et on réunit les bords avec du diachylon.

Des applications froides sur le genou; potage, café, vin, sulfate de quinine.

10 *sept.* Temp. du matin 37°.5; du soir 39°; pouls du matin 130; à trois heures du soir, à peine appréciable. Pendant la nuit et dans la journée, des vomissements verdâtres fréquents; le genou droit plus gonflé, très-douloureux.

Traitement et régime. — Comme la veille.

Dans l'après-midi apparaît un collapsus considérable; les extrémités deviennent froides et humides.

Le 11, à une heure du matin, la malade succombe.

Autopsie. — Corps long, maigre ; la peau jaune pâle, les glandes mammaires petites. Les bords de l'incision abdominale suppurés sont infiltrés et couverts d'un exsudat purulent, qui recouvre aussi les parties antérieures des circonvolutions intestinales ; la symphyse pubienne saillante en forme de bec ..... ; le péritoine injecté et trouble. Les deux reins sont pâles ; dans le droit, on trouve de petits foyers de suppuration dans les substances médullaire et corticale ; l'urine, qui se trouve dans la vessie, renferme beaucoup de pus. Le squelette présente dans la région lombaire de nombreuses déformations : le bassin a une ouverture en forme de cœur de carte à jouer. Tous les diamètres pelviens sont considérablement rétrécis.

Obs. IV. — **Amputation utéro-ovarique, pratiquée par le professeur Muller, de Berne, le 4 février 1878** (1). — **Succès.**

E. R., femme d'un ouvrier, âgée de 37 ans, entre à la clinique d'accouchement, le 2 janvier 1878, au neuvième mois de la grossesse. Les menstruations n'ont jamais été troublées ; première couche à l'âge de 22 ans, normale. Elle est enceinte pour la sixième fois, et c'est pendant sa troisième grossesse que se montrèrent les premiers symptômes de l'ostéomalacie.

Examen de la malade: état général satisfaisant, longueur du corps, 1 m. 50 cent., lordose de la région lombaire, pied valgus, l'ouverture du bassin est notablement rétréci, les diamètres sont considérablement diminués ; le

(1) Arch. für Gynaekologia, 1878,

diagnostic n'est pas douteux, grossesse avec rétrécissement considérable du bassin à la suite d'ostéomalacie.

Le 1er février, le matin, la femme R... nous annonçait que les eaux s'étaient écoulées la nuit, sans qu'elle ait ressenti des douleurs. Les battements du cœur du fœtus sont très-appréciables. L'après-midi se passa avec des douleurs faibles.

Le soir, la température était de 38°6.

2 *février*. Douleurs faibles ; température, le matin, 38°4, le soir, 39°, le pouls, le matin 120, le soir 136.

3 *février*. Le matin pendant quelques heures apparurent de fortes contractions. Température le matin, 38°, le soir, 39°6. Pouls le matin, 128, le soir, 132.

4 *février*. Les battements du cœur du fœtus ne sont plus appréciables.

L'utérus est tendu et douloureux. Température 39°2 : pouls 136.

A 3 heures du soir, l'utérus est plus douloureux : la percussion fait constater la présence de l'air dans la cavité utérine, ce qui n'avait pas encore eu lieu dans la matinée. Les contractions ont complètement cessé. Température 39°, pouls 136.

La température était élevée, le pouls fréquent, le fœtus avait succombé ; devant cet état grave de la malade, je me décidai immédiatement à l'opération. Elle fut exécutée à 8 heures du soir dans la salle des opérations de gynécologie à une température de 20° cent. A cause du peu d'épaisseur des parois, l'incision abdominale ne demanda que peu de temps, un seul vaisseau fut lié. Je retirai l'utérus intact de la plaie abdominale ; pour atteindre ce but, je prolongeais l'incision en haut et en bas à une distance de 2 centimètres de l'ombilic et de la symphyse. On appliqua le serre-nœud autour du col et on le fixa à un constricteur

de Maisonneuve. Après avoir mis des éponges autour du centre et sur la plaie abdominale pour éviter toute pénétration du contenu utérin dans la cavité abdominale, on resserra fortement le nœud, puis on pratiqua immédiatement une longue incision sur la paroi antérieure de l'utérus. A l'ouverture de la cavité utérine, il en sortit une quantité notable de gaz fétide et un peu de liquide amniotique décomposé : le fœtus présentait déjà les signes de la putréfaction. Le placenta, fixé sur la paroi postérieure, fut enlevé sans donner lieu à une hémorrhagie. Sans perdre une goutte de sang, on enleva l'utérus avec ses ligaments, les trompes et les ovaires à 1 cent. 1[2 au-dessus de la ligature. La plaie abdominale fut fermée par des sutures profondes, comprenant le péritoine et par des sutures superficielles. Le pansement fut le même que dans l'ovariotomie ainsi que le traitement consécutif.

Les suites de l'opération furent bonnes, la température tomba à 36°2, puis arriva le sixième jour à 38°. Une seule fois seulement la température monta à 39°, ce fut le onzième jour et cela très-passagèrement. Immédiatement après l'opération, le pouls tomba à 96, le jour suivant il ne fut qu'à 84, sans qu'il existât le moindre signe de collapsus. Le troisième jour le pouls s'éleva de nouveau à 120, restait ainsi pendant quelque temps pour monter le onzième et le douzième jour jusqu'à 140, 150. Cet état coïncida avec l'apparition de quelques points de gangrène sur les parois abdominales.

L'état général excellent. Pas de traces de complications locales.

La malade, au bout de 17 jours, peut être considérée comme guérie.

Obs. V. — **Amputation utéro-ovarique, pratiquée par le Dr Wasseige, professeur ordinaire à l'Université de Liége, le 14 avril 1878 (1), — Succès.**

La nommée Joséphine Moyse, épouse Pierre Dewez, née à Verviers, domiciliée à Hodimont, rue Pétaheid, n° 12, enceinte pour la première fois, vint nous trouver dans le courant du mois de janvier 1878 pour savoir si on pouvait pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

Mme Dervez, d'une taille de 1 m. 25 cent., a été atteinte de rachitisme et n'a pu marcher qu'à l'âge de 5 ans. Cette affection a laissé de fortes traces; les membres inférieurs et la colonne vertébrale présentent de nombreuses courbures.

Après avoir placé la femme dans la position obstétricale, nous avons procédé à l'examen du bassin ; on arrivait au promontoire avec la plus grande facilité ; la mensuration digitale de la ligne sacro-sous-pubienne donnait un peu plus de 5 cent. ; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, mesuré au moyen de notre pelvimètre, offrait une longueur de 4 centimètres. Tous les diamètres du bassin avaient subi des diminutions notables.

Il n'y avait doné pas d'hésitation à avoir, l'embryotomie aurait été fort laborieuse ou même impossible, mieux valait attendre le terme et pratiquer l'opération césarienne.

Mme Dewez fut renvoyée chez elle, avec la recommandation de venir nous retrouver aux premiers symptômes d'accouchement, qui devaient apparaître au commencement d'avril 1878, l'époque des dernières menstrues ayant eu lieu dans les premiers jours de juillet 1877.

(1) De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, méthode du Dr Porro, par le Dr Wasseige, Bruxelles.

Voulant nous placer dans les meilleures conditions, nous avions demandé à l'Administration des hospices de bien vouloir mettre à notre disposition un local spécial en dehors de la Maternité.

Elle avait pu, grâce à l'obligeance de l'Administration communale, nous céder deux salles convenablement appropriées, dans l'ancienne école Sainte-Barbe.

Le dimanche 14 avril 1878, la femme Dewez se présente dans notre service, à 6 h. 1[2 du soir, elle est en travail depuis 3 heures du matin.

On procède immédiatement au toucher ; on constate une fois de plus, que la mensuration faite antérieurement est exacte ; le col est effacé et l'orifice externe présente les dimensions d'une pièce de 2 francs environ ; il existe une poche d'eau et à travers le segment inférieur de l'utérus, on sent une partie fœtale très-élevée, assez volumineuse et molle.

Par le palper, on constate aisément une présentation du siége en deuxième position, variété antérieure.

On mande, à la hâte quelques docteurs qui avaient manifesté le désir d'assister à l'opération et les élèves qui étaient encore en ville, les vacances de Pâques étant commencées depuis l'avant-veille.

L'opération est fixée à 9 heures du soir. Nous nous décidons à pratiquer l'opération césarienne et nous désirons la faire suivre de l'opération du professeur Porro. Seulement nous pensons que nous ne pouvons pratiquer cette opération sans avoir au préalable obtenu le consentement des parties intéressées, le mari et la femme ; en effet. agir autrement, serait porter atteinte à la liberté.

Ce consentement obtenu, on prépare tout ce qui est nécessaire: des bistouris droits, convexes, et boutonnés ; des ciseaux courbes sur le plat et droits ; un écraseur

linéaire avec un coulant pour maintenir la striction de la chaîne après enlèvement de l'instrument ; des aiguilles à suture ; des fils métalliques ; des pinces hémostatiques et à ligature ; un porte-aiguilles ; des tubes à drainage ; du perchlorure de fer à 30° ; une solution de chlorure de zinc au 1[8 pour cautériser le moignon utérin et de l'eau phéniquée.

Tous les objets qui doivent servir : éponges, instruments sont lavés dans une solution d'acide phénique au 4[100 ; un pansement de Lister est préparé ; enfin, on dispose tout ce qui est nécessaire pour rappeler l'enfant à la vie, s'il naissait dans un état de mort apparente.

MM. J. Vaust, directeur de la Maternité, Plücker, Closon et Deschamps, assistants à l'Université de Liége, Lebeau, médecin des hospices, et le docteur Bidlot, se rendent successivement à notre invitation.

M. Morimont, chef de clinique des accouchements, et quelques-uns de nos élèves arrivent aussi à notre appel.

M. Plücker, assistant du professeur Güssembauer, veut bien nous servir d'aide principal, en remplacement de notre assistant, M. le Dr Van den Bosch, indisposé.

On vide la vessie par le cathétérisme et le rectum par un lavement.

Tous ceux qui doivent être occupés se lavent les mains dans de l'eau phéniquée.

La femme est placée sur la table d'opération, le haut du corps et les jambes sont bien couverts, l'abdomen, mis à nu, est lavé soigneusement à l'eau phéniquée ; elle est ensuite chloroformée complètement.

Un appareil pulvérisateur à vapeur projette sur le ventre de la femme, sur l'opérateur et sur ses aides, un nuage de vapeurs phéniquées au 2[100.

L'utérus est ramené sur la ligne médiane et l'on pare à

sa torsion en appuyant sur son bord gauche ; un aide fixe alors l'organe et tend convenablement les tissus.

On s'assure ensuite, par la percussion, qu'il n'y a pas d'anse intestinale entre la paroi abdominale et l'utérus.

Nous allons exécuter le procédé dit de Mauriceau. Nous faisons une incision s'étendant de la cicatrice ombilicale jusqu'à 4 centimètres de la partie supérieure de la symphyse pubienne ; l'utérus étant mis à découvert en un point, nous achevons sur le doigt indicateur, l'incision au moyen d'un bistouri boutonné.

L'utérus, au lieu de présenter sa coloration habituelle, rouge lie de vin, est d'un rose grisâtre.

Nous commençons ensuite l'incision de l'utérus; cette incision ne présente rien d'extraordinaire; bientôt, sous l'influence d'une contraction utérine, les membranes se déchirent et un jet de liquide amniotique est projeté au dehors ; les parois abdominales, parfaitement appliquées sur l'organe, empêchent les eaux de l'amnios et le sang, qui s'écoule en petite quantité, de pénétrer dans l'abdomen.

Nous pénétrons ensuite dans l'utérus en dirigeant la main vers le segment inférieur; nous saisissons un pied et nous extrayons rapidement un enfant du sexe féminin, plein de vie, qui est immédiatement remis à une des sages-femmes de service.

Au moment de l'extraction, quelques anses intestinales s'échappent ; elles sont maintenues, puis refoulées au moyen d'une éponge.

Nous prenons alors une des lèvres de la plaie utérine et nous ramenons facilement au dehors l'utérus et ses annexes.

Le placenta, décollé, se présentant entre les lèvres de la plaie, est enlevé.

La plaie utérine siége dans la moitié inférieure de la face antérieure de l'organe; ce qui s'explique par la situation élevée de l'utérus en raison du rétrécissement.

On place l'écraseur à peu près au niveau de l'orifice interne; il faut le placer là pour avoir toute la plaie utérine au-dessus de la chaîne, puis on serre les parties jusqu'à ce que les lèvres de la plaie ne laissent plus suinter la moindre goutte de sang.

Nous enlevons alors, au moyen d'un long bistouri, toutes les parties jusqu'à 2 centimètres de la chaîne.

Les parties utérines qui constituent le moignon forment une véritable rosace, qui est placée dans l'angle inférieur de la plaie abdominale; une grande aiguille droite traverse le moignon au niveau de la chaîne pour éviter la rétraction du moignon dans l'abdomen.

Le coulant destiné à fixer la chaîne est serré et la tige de l'écraseur est enlevée.

On place alors un tube à drainage dans le cul-de-sac de Douglas; puis on procède à la toilette du péritoine et à l'occlusion de la plaie abdominale, que l'on fait au moyen de quatre points de suture enchevillée métallique et de toute une série de sutures superficielles de fils d'argent.

Une petite portion d'épiploon, qui se trouve dans l'angle supérieur de la plaie, est liée et enlevée; le fil est fixé à une cheville.

La femme est ensuite lavée à l'eau phéniquée.

Le moignon est cautérisé avec la solution de chlorure de zinc au 1/8e.

La chaîne, l'aiguille et le moignon sont enveloppés de ouate de Burns; le pansement de Lister est appliqué, et deux sacs en caoutchouc, remplis de glace, sont placés sur l'abdomen.

La femme sort du sommeil anesthésique ; elle est habillée et transportée dans son lit.

L'opération et le pansement ont duré une heure.

Tempér. 38,4 ; pouls 94 ; respiration 32.

Examen de l'enfant. — L'enfant pèse 2,580 grammes ; il a une longueur de 48 centimètres 1/2.

La tête présente les dimensions suivantes :

Diamètre	occipito-frontal.	11 1/2
—	sous-occipito-frontal.	10 1/2
—	sous-occipito-bregmatique. . .	9 1/2
—	bipariétal.	9 1/2
—	bitemporal	7 1/2
—	bimastoïdien.	6
—	occipito-mentonnier.	12 3/4

Examen des organes enlevés. — L'utérus et ses annexes pèsent 765 grammes.

La surface de section a 8 cent. 1/2 de diamètre.

La hauteur de la face antérieure est de 17, la largeur de 14 cent. 1/2.

L'incision s'étend du bord inférieur de la section vers la ligne médiane ; elle présente une étendue de 5 cent. 1/2.

La hauteur de la face postérieure est de 13, la largeur de 15 cent.

La profondeur de la cavité utérine est de 9 cent., l'épaisseur des parois est de 3 cent. 1/2.

On voit la surface d'insertion du placenta sur les deux tiers supérieurs et postérieurs du côté gauche.

Suites des couches. — 15 avril, premier jour. Visite du matin : tempér. 37,2 ; pouls 68 ; respiration 30.

La nuit a été mauvaise ; la femme se plaint d'avoir éprouvé des douleurs vives.

A la première visite, il y a un mieux marqué ; la femme est tranquille ; la langue est blanche.

Visite du soir : tempér. 37,8; pouls 72; respiration 32.

La femme a été sondée trois fois dans la journée, les urines sont normales. Elle a dormi à différentes reprises dans la journée. Un nouveau pansement de Lister est fait; la glace est continuée ; léger suitement vers la partie supérieure de la plaie, pas d'odeur, pas de sensibilité du ventre ; par le vagin, léger écoulement sans odeur. La femme n'a pas rendu de gaz par l'anus. Elle a pris un peu d'eau sucrée avec du jus d'orange et quelques cuillerées à café de lait, qui ont provoqué de légères nausées.

16 *avril*, deuxième jour. Visite du matin : tempér. 37,5 ; pouls 64; respiration 32; nuit assez agitée ; repos vers le matin.

A la visite du matin, état général satisfaisant; peau moite; pouls régulier; langue blanche; pas de vomissements, ni de nausées; pas d'évacuation gazeuse, ni autre depuis l'opération; de temps en temps, quelques coliques passagères. Urines renfermant un peu d'urates, obtenues facilement par le cathétérisme, pratiqué trois fois par jour.

Traitement. — Injections phéniquées (quatre ou cinq fois par jour) dans le vagin ; un grand lavement évacuant ; glace sur le ventre. A l'intérieur, eau sucrée avec jus d'orange, par petite quantité à la fois.

A la visite du soir : tempér. 37,9; pouls 76; respiration 34. Peau plus chaude, pouls régulier; le lavement est resté sans effet; pas d'évacuation gazeuse. Renouvellement du pansement. Abdomen notablement distendu par des gaz, modérément douloureux à la pression, sauf dans l'hypochondre droit; quelques anses intestinales se dessinent à travers les parois. Coliques passagères après dix minutes, un quart d'heure. Écoulement modéré séro-sanguinolent sur le pansement, à odeur fade, peu prononcée.

La surface du pédicule est brunâtre, ratatinée. La réunion de la plaie abdominale est très-satisfaisante. Le tube à drainage est renouvelé. Le pédicule est cautérisé avec le perchlorure de fer à 30°. Emploi de la glace.

17 *avril*, troisième jour. Tempér. 37,3 ; pouls 68; respiration 30. Nuit agitée, relativement mauvaise jusqu'à 4 heures du matin. Douleurs vives presque continues. Vers minuit, deux selles liquides peu abondantes sans évacuation gazeuse. Quelques hoquets et deux vomissements bilieux et muqueux.

A la visite du matin : peau fraîche, moite; pouls régulier; douleurs modérées s'exacerbant à intervalles variables; abdomen moins douloureux à la pression que la veille; écoulement lochial peu abondant et peu odorant. Même traitement que la veille; petits fragments de glace à l'intérieur; lavement salé.

Visite du soir : tempér. 37,5; pouls 80; respiration 32. Journée assez bonne; sommeil à plusieurs reprises entre les exacerbations douloureuses, qui présentent à peu près la même fréquence et la même intensité que la veille. Peau un peu plus chaude que le matin; pouls légèrement accéléré; langue moins catarrhale; nausées à plusieurs reprises sans vomissements proprement dits. Le lavement évacuant a provoqué deux selles, dont la dernière, semi-liquide, est assez copieuse.

Renouvellement du pansement phéniqué. Abdomen un peu moins météorisé que la veille; hypochondres sensibles à la pression, surtout à gauche. Le pédicule utérin s'affaisse de plus en plus. L'état de la plaie abdominale est très-satifaisant.

Traitement. — Augmentation de la contraction du pédicule; vessie de glace localement; renouvellement du linge;

changement de lit. Diète comme précédemment; le soir, champagne glacé par cuillerée à café.

18 *avril*, quatrième jour. Tempér. 37,5; pouls 88; respiration 30. Nuit calme; sommeil presque continu. Deux selles liquides suivies d'évacuations gazeuses abondantes.

A la visite du matin, les douleurs sont presque nulles; les nausées ont disparu. Langue large, moins chargée; pouls régulier, un peu plus accéléré que la veille. Journée paisible; sommeil à plusieurs reprises; douleurs minimes.

Visite du soir : tempér. 38,1; pouls 98; respiration 31. On constate que l'état de bien-être se maintient. L'état nauséeux a tout à fait disparu, et la malade a absorbé quatre cuillerées à bouche de lait, une dizaine de cuillerées à café de champagne et autant de cuillerées à café d'eau vineuse sans le moindre vomissement. La langue est étalée et humide, avec une couche légère de saburre.

Le pansement est renouvelé; on constate que le tympanisme abdominal a diminué; la pression sur le ventre ne détermine que très-peu de douleurs. L'écoulement est peu abondant, mais présente, au niveau du pédicule, une odeur plus prononcée que la veille. Lors du pansement, on retire l'aiguille, fixant le pédicule, avec assez de difficulté; on enlève un des points de suture enchevillée; on remplace l'ouate de Burns par de l'ouate phéniquée, enfin on continue la glace. Toujours rien du côté des seins.

19 *avril*, cinquième jour. — Tempér. 37,5; pouls 88; respiration 30. La nuit a été moins bonne que la précédente : de huit heures du soir à cinq heures du matin, les douleurs ont empêché le sommeil; la malade a cependant reposé tranquillement de 5 à 8 heures.

On constate que cet état général est très-satisfaisant : les douleurs de la nuit se sont entièrement dissipées; le

pouls est régulier, un peu plus résistant. La langue est fraîche et un peu chargée. L'abdomen est peu sensible à la pression ; l'écoulement lochial diminue de quantité et reste sans odeur fétide, grâces aux injections phéniquées. Les urines sont rendues naturellement.

Traitement. — Trois rondelles de pain blanc ; lait aromatisé par un peu de café ; lavement salé.

Visite du soir : tempér. 37,9 ; pouls 102 ; respiration 32. Journée très-calme : le sentiment de bien-être continue et s'accentue ; voies digestives en bon état ; le lavement a amené une bonne selle pâteuse.

On renouvelle le pansement ; on constate que l'abomen s'affaisse de plus en plus ; il est souple et indolore à la pression ; la plaie et le pédicule présentent le meilleur aspect ; enlèvement du drain et de toutes les sutures, à l'exception de la suture enchevillée inférieure. On continue l'application des vessies de glace.

Les liquides et le pain absorbés ont été parfaitement supportés.

20 *avril*, sixième jour. — Tempér. 38 ; pouls 88 ; respiration 30 ; nuit paisible, sommeil presque continu.

A la visite du matin, absence complète de douleurs ; l'appétit se réveille et l'état général paraît aussi satisfaisant que possible, malgré la réaction légère accusée par le thermomètre ; urines rendues naturellement.

Lait, rondelles de pain, un œuf, champagne.

Visite du soir : Tempér. 39°,9; pouls 114 ; respiration 30 : journée calme ; quelques douleurs lancinantes : à 5 heures réaction considérable accusée par l'accélération du pouls et une forte élévation de température.

En enlevant le pansement, on constate que le ventre reste souple, modérément distendu par les gaz.

L'écoulement provenant du pédicule est plus abondant

et plus fétide que précédemment : il y a rétention d'un pus décomposé qui s'écoule par l'orifice du tube à drainage, lorsqu'on soulève le pédicule à sa partie supérieure. Le toucher vaginal et la palpation des parois abdominales au voisinage du pédicule ne révèlent rien d'anormal.

On constate une irritation légère de la peau, due à l'acide phénique.

Traitement. — Renouvellement du pansement ; resserrement du constricteur de Chassaignac ; enlèvement d'une grande partie du pédicule utérin au moyen de la pince et des ciseaux ; introduction d'un nouveau drain et enlèvement du dernier point de suture enchevillée ; vessies de glace.

21 *avril*, septième jour. — Tempér. 38,9 ; pouls 116 ; respiration 34.

Des douleurs très-vives ont été produites par la contraction plus énergique du pédicule et ne se sont dissipées que lentement, de sorte que la nuit a été très-agitée. Vers 8 heures et demie, un frisson violent s'est produit et a été suivi d'une période de chaleur et de sueur peu prononcées. La malade a dormi un peu vers le matin. La langue est plus chargée que la veille au soir ; elle paraît moins humide et moins étalée.

Le pansement est enlevé. La sécrétion purulente est peu abondante et plus fétide que la veille. Le pédicule est fortement rétracté dans la cavité abdominale. Les parois du ventre ont conservé la même apparence que la veille.

Renouvellement du pansement et du drain. Glace sur le ventre, lait, vin de champagne glacé par cuillerée.

Visite du soir : tempér. 38 ; pouls 108 ; respiration 32 ; journée assez calme ; transpiration notable à plusieurs reprises. Petits sommes répétés. Plus de frisson ; douleurs modérées siégeant aux environs du pédicule.

On constate que l'état général paraît plus satisfaisant que le matin ; la réaction est moins forte ; la langue est moins chargée et plus humide ; le ventre continue à s'étaler ; le météorisme a disparu ; la sensibilité à la pression est presque nulle. La décomposition de la partie étranglée du pédicule continue à se produire rapidement. Après l'enlèvement des tissus sphacelés, on constate, que sur quelques points, la surface du pédicule est en retrait de plusieurs millimètres sur le plan des parois abdominales. L'écoulement par le tube à drainage est un peu plus abondant que le matin.

Renouvellement du pansement, après enlèvement des parties sphacélées du pédicule au moyen de ciseaux ; cautérisation avec la solution de perchlorure de fer et renouvellement du drain. Emploi de charpie désinfectante pour absorber plus facilement la sécrétion du pédicule. Vessies de glace appliquées constamment.

22 *avril*, huitième jour. — Tempér. 38 ; pouls 104 ; respiration 32 ; nuit assez calme, mais sans beaucoup de sommeil. Une selle à la soirée.

Le matin, enlèvement du pansement. La sécrétion venant du pédicule est assez abondante et d'une odeur très-forte. Au niveau de l'extrémité supérieure de la plaie, on constate un peu de suppuration (pus louable) autour du lambeau d'épiploon qui y est engagé. La rétraction du pédicule vers la cavité abdominale se prononce et dans les enfoncements ainsi formés par ce retrait, s'accumulent de petites quantités de pus décomposé. De petits fragments de gaz de Lister sont introduits dans ces cavités et sous les bords de la plaie abdominale pour empêcher la stagnation des liquides.

Renouvellement du pansement et du drain. Lait, rondelles de pain, champagne.

Visite du soir ; tempér. 33,4 ; pouls 124 ; respiration 32. On constate que la journée a été calme ; sommeil léger, à plusieurs reprises. Vers le soir, quelques douleurs lancinantes passagères au niveau de la plaie. Renouvellement du pansement ; le liquide sécrété est moins abondant ; la surface du pédicule se nettoie et la portion du pédicule située sous la chaîne bourgeonne activement.

Le bord droit de la plaie abdominale, contournant le pédicule, est un peu tuméfié, rouge et douloureux à la pression. Suspension de la glace sur le ventre.

23 *avril*, neuvième jour. — Tempér. 39 ; pouls 124 ; respiration 26. Nuit agitée, douleurs fréquentes au niveau de la plaie. Le matin, état général moins satisfaisant que la veille.

Enlèvement du pansement. On constate que la sécrétion provenant du moignon utérin sphacélé est plus abondante et plus fétide. Les parois abdominales aux environs du moignon sont plus gonflées, plus tendues et plus sensibles à la pression. La portion gangrénée du moignon est enlevée par une nouvelle striction énergique de la chaîne. Il reste alors une cavité qui est désinfectée et comblée par de petits fragments de gaz de Lister empilés les uns sur les autres. Renouvellement du pansement. Lait, un peu de café pour l'aromatiser, bouillon, un peu de viande à sucer, vin.

Visite du soir : tempér. 39 ; pouls 112 ; respiration 30. Journée calme. La malade a un peu reposé, les douleurs ayant de nouveau disparu. A la soirée, on constate que l'état général et l'état local se sont améliorés. L'appétit est peu développé encore. Un lavement évacuant a donné une bonne selle. La cavité résistant de la chute des parties sphacélées présente le meilleur aspect. La sécrétion est relativement peu abondante et de beaucoup meilleure nature. Les

parties abdominales voisines sont moins tendues et moins sensibles que le matin. L'écoulement lochial est peu abondant et incolore.

24 *avril*, dixième jour. — Tempér. 39 ; pouls 116 ; respiration 26. Nuit calme, quoique sans sommeil. La malade se trouve mieux que le jour précédent, quoique la réaction persiste avec la même intensité. Langue moins chargée. Renouvellement du pansement. La plaie abdominale au niveau du pédicule présente un bel aspect. De petits fragments d'eschare commencent à s'éliminer. La sécrétion est moins abondante que la veille et beaucoup moins fétide. La malade accuse des douleurs du côté droit de la cavité. Cette partie des parois abdominales est plus tendue, plus soulevée et plus sensible que le reste du ventre.

Visite du soir : tempér. 39 ; pouls 108 ; respiration 39. La journée a été très-calme, sommeil à plusieurs reprises : pas des douleurs spontanées. La malade a pris un lait de poule, un peu de bouillon, de vin et a sucé avec plaisir un morceau de viande rôtie. Cette alimentation a été parfaitement supportée. Renouvellement du pansement. La plaie présente un état très-satisfaisant: la sécrétion est peu abondante et louable. La paroi abdominale droite, au voisinage de la cavité, paraît moins gonflée ; sensibilité à la pression persiste cependant.

25 avril, onzième jour. — Tempér. 38 ; pouls 104 ; respiration 30.

Trois petites selles le soir. Sommeil paisible jusque vers une heure du matin, puis agitation, rêvasseries, subdelirium, céphalalgie intense. A la visite du matin, la malade se plaint de lassitude générale, d'anorexie, de lourdeur de tête.

Renouvellement du pansement ; même aspect que la veille, seulement la paroi abdominale à gauche de la cavité

est plus soulevée, plus résistante à la pression et un peu plus sensible.

Visite du soir : tempér. 38,5; 104: 30. La journée a été calme, quoique sans sommeil. La céphalalgie s'est à peu près dissipée ; la malade accuse de nouveau une sensation de bien-être général. L'appétit peu développé, quoique la langue se nettoie rapidement.

La malade a pris un peu de café au lait, de bouillon, de vin et a sucé le jus d'un petit morceau de viande rôtie.

Renouvellement du pansement. Etat satisfaisant de la plaie ; la cavité se comble par le bourgeonnement du pédicule ; une partie de celui-ci est arrivée au niveau des parois abdominales. La tuméfaction signalée à gauche a augmenté. La pression sur les parois continue à être douloureuse, à droite surtout. La sécrétion provenant de la cavité est de bonne nature ; dans le fond, on trouve une petite quantité de mucus filant, transparent et inodore, provenant du restant de la cavité utérine.

26 *avril*, douzième jour. — Temp. 37,8; pouls, 116; tempér. 32. Nuit agitée par des rêves fréquents ; transpiration assez abondante.

A la visite du matin, état général assez satisfaisant. Pas de douleurs spontanées ; la langue se nettoie ; le malade a eu une petite selle.

Renouvellement du pansement : mêmes observations que la veille ; la région hypogastrique droite paraît moins gonflée et moins tendue.

Visite du soir : tempér. 38,8; pouls 112; respiration 38. sournée calme. La malade a pris avec appétit un peu de café au lait, un œuf à la coque, du bouillon, du vin et a sucé un grand morceau de viande rôtie.

Un lavement a donné trois selles dont une copieuse.

Renouvellement du pansement. Plaie présentant un

aspect très-satisfaisant ; la sécrétion de la cavité est minime et inodore. Le gonflement de la région hypogastrique est moins prononcé, et la sensibilité à la pression a diminué.

27 *avril*, treizième jour. — Temp. 37.4; pouls 96; respiration 30. Nuit très-calme, sommeil presque continu. Euphorie très-marquée au réveil. Deux petites selles semi-liquides spontanées. Langue belle. Douleurs nulles.

Renouvellement de pansement. On constate que les lèvres de la plaie abdominale se sont un peu écartées superficiellement dans le tiers inférieur.

Le gonflement de la région hypogastrique diminue ; plus de sensibilité à la presssion. La cavité du pédicule se rétrécit, le bourgeonnement étant très-actif, la sécrétion étant très-minime.

Soir.— Tempér. 39; pouls 132; respiration 32.

Journée calme ; alimentation comme la veille ; deux petites selles demi-liquides spontanées.

Renouvellement du pansement : même état que le matin.

28 *avril*, quatorzième jour. — Tempér. 38, 4; pouls 116; respiration 31. Nuit calme, quoique sans sommeil.

Deux petites selles plus liquides que la veille.

Le malade a un peu reposé le matin. Alimentation comme la veille. Le pansement n'est pas renouvelé.

Soir : tempér. 39 ; pouls 124; respiration 36.

Journée calme ; réaction le soir. Une petite selle demi-liquide.

Renouvellement du pansement. Plaie présentant un bel aspect ; sécrétion minime, louable.

29 *avril*, quinzième jour. — Tempér. 38,4 ; pouls 112; respiration 32. Nuit calme, sommeil à plusieurs reprises ;

deux petites selles liquides la nuit; pas de douleur. Alimentation comme la veille, bien supportée.

Soir : tempér. 38,8; pouls 124; respiration 36.

Quatre petites selles liquides pendant la journée.

Renouvellement du pansement. L'état de la plaie continue à être très-satisfaisant. Il y a un peu de météorisme dû au catarrhe intestinal. Potion avec le sous-nitrate de bismuth. Lotions vinaigrées pour prévenir les plaies de décubitus. Emploi d'un coussin à cuvette.

30 *avril*, seizième jour. — Tempér. 37,9; pouls, 112; respiration 32. Nuit calme, peu de sommeil. Celui-ci se produit vers le matin et à plusieurs reprises pendant la journée. Alimentation comme la veille, bien supportée.

Soir : tempér. 37,9; pouls 104; respiration 28.

Une seule selle pâteuse.

Renouvellement du pansement. Etat de la plaie satisfaisant. Cautérisation au nitrate d'argent du bourgeon d'épiploon, situé à l'angle supérieur de la plaie. Emploi de deux grandes bandelettes agglutinatives (taffetas anglais collodionné), pour rapprocher les parois de la cavité.

1er *mai*, dix-septième jour. — Tempér. 37,7; pouls 96; respiration 28. Nuit très-calme, absence de réaction. Journée bonne; la malade a pris : café au lait, pain beurré le matin; bouillon, pain, côtelette de mouton et pommes de terre; café au lait et tartine à quatre heures; le soir, soupe au lait et jaune d'œuf; pendant la journée, 250 grammes de vin rouge.

Il y a eu une selle pâteuse.

Le soir : tempér. 37,4; pouls 98; respiration 28.

Renouvellement du pansement. L'état de la plaie est très-satisfaisant,

2 *mai*, dix-huitième jour. — Temp. 37.4; pouls 98; respiration 32. L'état de la malade continue à être bon. L'appé-

tit devient plus vif, les forces s'accroissent rapidement. Une alimentation plus substantielle est donnée à la malade.

Le soir : Tempér. 37,5; pouls 108; respiration 30.

Le pansement est renouvelé. On constate que la cicatrisation fait des progrès rapides; l'étendue de la cavité diminue à vue d'œil, grâce au rapprochement des parois au moyen des bandelettes glutinatives.

3 *mai*, dix-neuvième jour. — Tempér. 37,5; pouls 92; respiration 28. Rien à noter.

Le soir : tempér., 37, 5; pouls 92; respiration 28. Le pansement et les bandelettes sont renouvelés.

4 *mai*. vingtième jour. — Tempér, 37,3; pouls 84; respiration 28. Tout va bien.

Le soir : tempér. 37,8; pouls 96; respiration 28. Le pansement n'est pas renouvelé.

5 *mai*, vingt et unième jour. — Tempér. 37,6-88-26. Nuit bonne, journée bonne.

Le soir : tempér. 37,9; pouls 100; respiration 30. Pansement renouvelé, plaie belle.

6 *mai*, vingt-deuxième jour. — Tempér. 37,5-88-26.

Le soir : tempér. 37,5-100-28.

7 *mai*, vingt-troisième jour. — Matin : tempér. 37,7-72-28. Tout marche à désir.

Le soir : tempér. 38,6-104-32. L'élévation de température constatée le soir est due apparemment à l'exagération de l'alimentation.

Du reste, le malade paraît se porter aussi bien que possible. Renouvellement du pansement, rien à noter.

8 *mai*, vingt-quatrième jour. — Matin : tempér. 37,8-100-28.

Le soir : tempér. 38,4-88-28. La malade se lève pendant deux heures qu'elle passe dans un fauteuil.

9 *mai*, vingt-cinquième jour. — Tempér. 38,8-88-26. Le soir : tempér. 37,3-88-26. Pansement : la cavité est presque comblée ; tout se passe admirablement.

10 mai, vingt-sixième jour. — Tempér. 37,2-80-24. Etat très-satisfaisant.

Soir : tempér, 36,9-76-24.

Pansementre nouvelé ; cautérisation des bourgeons exubérants.

11 *mai*, vingt-septième jour. — Tempér. 37,1-80; respiration 26. Même état.

Le soir : tempér. 37; pouls 76; respiration 26. La cavité laisse suinter une plus grande quantité de mucus filant. La fistule est loin de disparaître, malgré le bourgeonnement actif observé.

12 *mai*. vingt-huitième jour. — Matin : 37,6-64-28.

Soir : 37,3-68-28.

13 *mai*, vingt-neuvième jour. — Matin : 37,1-80-28.

Soir : 36,8-78-28. L'état continue à être très-satisfaisant. La malade se lève pendant deux heures et circule dans l'appartement. L'écoulement de la plaie est insignifiant.

14 *mai*, trentième jour. — Matin : 37-76-26.

Soir : 37°2-84-28.

15 *mai*, trente et unième jour. — Matin : 37; pouls 80; respiration 26. La plaie est réduite aux dimensions d'une pièce de 2 centimes, la cavité est comblée. La fistule offre la dimension d'un millimètre.

Soir : tempér. 37,1-80-26.

16 *mai*, trente-deuxième jour. — Matin : 37-76-24.

Soir : 37,1-80-28.

17 *mai*, trente-troisième jour. — Matin : tempér. 37,1-80-26. La plaie abdominale est complètement cicatrisée ; il reste une petite fistule qui est cautérisée au moyen du thermo-caustique de Paquelin, auquel on ajoute un cau-

tère aiguillé. La douleur amenée par la cautérisation est à peu près nulle.

18 *mai*, trente-quatrième jour. — Matin, 37,2; pouls, 80; respiration, 28. Les mamelles qui ne s'étaient jamais développées, sécrètent du lait en assez grande abondance sous l'influence de l'époque menstruelle.

19 *mai*, trente-cinquième jour. — Matin : 37-80-28. Même état des seins.

20 *mai*, trente-sixième jour. — Matin : 37-80-28. Toujours un peu d'engorgement laiteux.

21 *mai*, trente-septième jour. — Matin : 37,1-76-28. La sécrétion laiteuse diminue.

22 *mai*, trente-huitième jour. — Matin : 37-84-26. La fistule est à peu près fermée. On ne pénètre plus qu'en employant un stylet très-fin.

23 *mai*, trente-neuvième jour. — Matin : 37,2-80-24.

Avant de laisser sortir notre opérée, nous jugeons utile de cautériser une fois encore le trajet fistuleux au moyen du thermo-caustique, de Paquelin, pour en assurer la guérison.

24 *mai*, quarantième jour. — Avant la sortie de l'épouse Dewez, nous voulons constater, par le toucher vaginal l'état des parties. Le doigt indicateur arrive difficilement à trouver au-desus du pubis un pli transversal formé selon toute probabilité, par la lèvre antérieure du col.

La femme et l'enfant, se trouvant dans d'excellentes conditions quittent notre service et retournent à Verviers (1).

(1) Nous recevons, à la date du 6 juin, de notre confrère Lambotte, médecin à Verviers, des nouvelles de notre opérée.

Lors de son retour chez elle, la sécrétion, au lieu de diminuer, a augmenté; la femme Dewez a mis l'enfant au sein avec succès et aujourd'hui, 20 juin, tout marche à merveille.

§ 3. *Réflexions.*

L'opération de Porro a donc été pratiquée six fois à cette date ; nous mettons hors de la statistique le cas de Stover, qui trouvera plus loin sa place.

Quatre succès :

Le 21 *mai* 1876, le Dr Porro, à Pavie.
Le 22 *juin* 1877, le Dr Spath, à Vienne.
Le 4 *février* 1878, le Dr Muller, à Berne.
Le 14 *avril* 1878, le Dr Wasseige, à Liége.

Deux insuccès :

Le 3 *septembre* 1877, le Dr Spath, à Vienne.
le Dr Braun.

Nous n'avons aucun détail sur le cas du Dr Braun.

Sur ces six opérations, presque toutes ont été exécutées dans des circonstances fâcheuses, deux femmes seulement ont succombé. On peut hardiment le dire, si l'on s'était contenté de faire l'opération césarienne par le procédé ordinaire, le résultat eût été tout différent.

En effet, que nous enseignent les observations précédemment énumérées ? La première opération a été pratiquée dans des circonstances désastreuses, la clinique de Pavie était alors envahie par la fièvre puerpérale et de plus elle était située à côté de l'hospice civil, alors le siége de la gangrène : le pronostic devait donc être des plus sombres. Porro exécute l'opération, lors qu'éclate une hémorragie considérable, contre laquelle tous les moyens de répression demeurent impuissants.

Porro applique au moyen de l'appareil de Cintrat un gros fil ligateur sur la partie du col correspondant à l'orifice

interne. Nous savons qu'à ce niveau se trouvent deux artères : l'utérine et l'utéro-ovarienne, accompagnées par les veines. Comprimées par la ligature, elles cessent de donner issue au sang. L'hémorrhagie, qui tant de fois déjà a amené la mort des opérées, est arrêtée en quelques secondes.

L'utérus, extrait de l'abdomen, est examiné, et on trouve dans sa cavité des membranes dont quelques-unes sont très-adhérentes à la substance de l'organe; une telle circonstance, dit Porro, à elle seule pouvait amener la pourriture des lochies, et secondairement l'infection septicémique, si la matrice eût été conservée.

La malade quitta la clinique complètement guérie.

La seconde observation n'est pas moins concluante. Une femme, enceinte pour la dixième fois, dont le bassin est rétréci par ostéomalacie, est opérée par le professeur Spath, de Vienne. Une hémorrhagie se déclare, le sang coule abondamment, et ce n'est qu'à l'amputation de l'utérus que la femme doit d'avoir conservé la vie. Les suites de l'opération furent bonnes : la plus haute température fut de 38,6, et pendant tous les jours suivants elle se maintint à des hauteurs à peu près normales.

La malade sortit guérie.

Le professeur Spath n'eut pas le même succès pour sa seconde malade, la nommée Reich (Marie), âgée de 29 ans; mais il opéra dans des circonstances déplorables : l'enfant était mort, on constatait le développement de gaz produits de la putréfaction dans la cavité utérine, on avait à craindre la septicémie; c'est ce que l'autopsie du fœtus vint confirmer. L'enfant mourut à la suite d'une pneumonie intra-utérine bilatérale, comme cela arrive, dit Spath, lorsque la mère est déjà atteinte de septicémie avant l'accouchement.

Il y avait donc peu d'espoir de sauver la mère; aussi succomba-t-elle quelques jours après l'opération. Mais on ne peut imputer la mort de cette femme à la méthode du professeur de Pavie.

Si on compare entre eux, dit Spath, les résultats de ces deux opérations d'après la méthode du professeur de Pavie, il est impossible de les attribuer au hasard, et on est autorisé à avoir dans cette méthode un grand espoir pour l'avenir.

La preuve en est évidente, puisque les deux premières opérations ont été couronnées de succès, et il est nécessaire d'ajouter que les malades de Porro et de Spath sont les premières qui aient été sauvées à la suite de l'opération césarienne, soit à la clinique dè Pavie, soit depuis un siècle à l'hôpital d'accouchement de Vienne. J'ai la conviction, ajoute le professeur de Vienne, que même le second cas, qui s'est terminé fatalement, a été influencé par cette méthode, puisque la femme n'a succombé que huit jours après, tandis que dans quatre autres cas de ma pratique (1), où l'utérus n'avait pas été extirpé, aucune malade ne survécut le deuxième jour, quoiqu'elles aient été opérées dans de moins mauvaises conditions que celles dont nous avons rapporté les observations.

Que nous apprend l'observation du Dr Muller? Il n'y a pas de doute, dit le professeur de Berne, que du 1 au 4 février, c'est-à-dire pendant les quatre jours qui ont précédé l'opération, que la femme n'ait eu une endométrite septique; les symptômes qu'elle présenta, et surtout l'état de la surface interne de l'utérus, parlent en faveur de cette opinion. Cette surface avait partout, excepté au point d'insertion du placenta, la coloration grisâtre, comme on la rencontre habituellement dans les maladies puerpérales

(1) Wiener med. Wochenschrifft, n° 4, 1878.

septiques. Dans ces conditions, l'extirpation de l'utérus était d'une nécessité absolue, parce que le séjour de l'organe malade dans la cavité abdominale aurait rapidement apporté la septicémie dans tout l'organisme.

Il est un fait intéressant à signaler, c'est qu'après l'extirpation de l'utérus, les symptômes fébriles ont été coupés d'un seul coup, phénomène qui rappelle la disparition brusque de la fièvre après l'extirpation des tumeurs suppurées des ovaires.

La dernière observation, due à Wasseige, nous montre que là les suites ont été aussi très-bonnes, sauf quelques symptômes de septicémie le sixième jour, dus à l'enlèvement prématuré du drain, et quelques menaces de phlegmon les onzième, douzième, treizième, quatorzième et quinzième jours.

On peut le voir, cette grave mutilation n'a pas présenté de grandes difficultés pendant l'opération; elle n'est pas beaucoup plus difficile à exécuter que l'ablation d'un kyste de l'ovaire sans adhérence. (Wasseige.)

L'observation de Stover, que nous avons réservée, ne rentre pas directement dans le cadre de notre étude, mais elle est trop importante pour la passer sous silence; nous la placerons ici.

§ IV.

Observation du Dr Stover (2)

Il s'agit d'une femme H..., âgée de 37 ans. Habituellement bien réglée, elle s'était mariée en 1867; un mois après son mariage, elle avait constaté la présence d une

(1) Extirpation of the puerperal utérus by the abdominal Section, in Journal of the Gynœcological Society of Boston, vol. I, n° 4.

augmentation de volume de l'hypochondre gauche. Un an après, ses règles ayant disparu et le ventre prenant une extension rapide, elle soupçonna qu'elle était grosse. Le 16 juillet 1868, le terme de grossesse probable étant expiré, elle s'adressa au Dr H. R. Stover.

Le ventre, très-large, est d'aspect irrégulier dans la région hypogastrique ; il existe une tumeur en quelque sorte inégale, dans laquelle se dessine une espèce de dépression qui s'étend diagonalement à travers l'abdomen, et vient finir dans une autre tumeur siégeant dans l'hypochondre gauche.

La palpation de la première donne la sensation de l'utérus distendu ; à travers ses parois, on peut percevoir la présence des membres du fœtus, dont les mouvements ne peuvent être rigoureusement constatés. Mais l'auscultation révéla l'existence de la circulation fœtale. La tumeur du côté gauche était ronde, régulière, ferme, élastique. Par le toucher vaginal, le doigt tombait de suite en arrière, latéralement à gauche et tout à fait en bas, vers le détroit inférieur, sur un corps rond, solide, qui remplissait si complètement la cavité pelvienne que l'espace qui séparait un des côtés de l'autre ne dépassait pas 1 pouce et demi.

Le doigt, introduit dans cette étroite filière, atteignait avec peine le col utérin, situé à droite. Les douleurs se montrèrent, et les eaux s'écoulèrent le 18 juillet.

La tête de l'enfant se présentait pressant de haut en bas sur la tumeur ci-dessus décrite. On laissa la malade livrée aux seules forces de la nature pendant quelques jours. Le 21, aucun changement : opération césarienne rendue nécessaire par l'impossibilité d'opérer autrement, vu le peu d'espace qui subsistait entre la tumeur et les parois du bassin.

A l'incision du péritoine, il se présenta une grosse

tumeur molle, de couleur bleuâtre ; la main introduite dans la cavité séreuse, établit l'existence d'un cysto-fibrôme siégeant à la partie gauche et antérieure de l'utérus, avec un prolongement presque aussi volumineux qu'une tête de fœtus, fortement adhérent en bas aux parois du bassin. A droite, on trouvait l'utérus, mais en tel état de rétro-flexion qu'il était, dans cette situation difficile de faire porter sur lui un instrument tranchant. Une incision exploratrice fut pratiquée sur la tumeur de gauche. Chaque coup du bistouri révélait une série régulière de couches concentriques du tissu fibroïde, d'aspect peu différent de celui de l'utérus. Après avoir atteint environ une étendue de deux pouces, on pénétra tout à coup dans une cavité pleine d'une substance demi fluide, épaisse, brunâtre, résultant évidemment de la dégénérescence de fibrômes.

L'hémorrhagie étant déjà très-profuse, le Dr Stover étendit rapidement l'incision jusque dans la cavité utérine et procéda à l'extraction d'un enfant mâle pesant 8 livres, mais étant, ainsi que le placenta, dans un état avancé de décomposition.

L'hémorrhagie venant de la surface de section utérine et de la surface placentaire, entretenue par le défaut de contractions, était effrayante. En face de l'accident, le Dr Stover jugea nécessaire d'enlever le plus possible de cette masse, en y comprenant l'utérus et la tumeur fibro-cystique de la paroi gauche, laissant nécessairement en place le prolongement postérieur, dont les adhérences avec le bassin n'auraient pu être déchirées ou disséquées.

En conséquence, un trocart de grosse dimension transperça l'utérus au niveau du segment supérieur du col ; une double corde métallique passée à travers la canule servit à lier de chaque côté les tissus compris dans les anses qu'elle formait ; craignant que cette constriction ne soit pas suffi-

sante, la chaîne de l'écraseur fut passée au-dessous de la canule et l'instrument mis lentement en action.

Après la séparation de la masse, le fer rouge fut appliqué sur le moignon. Malgré ces précautions, et redoutant le retour de l'hémorrhagie, le Dr Stover appliqua sur cette espèce de pédicule un clamp-shield de son invention.

Toilette du péritoine des caillots qui le remplissaient. Suture des fils d'argent qui comprenaient le feuillet séreux. L'opération avait duré 3 heures.

La malade se remit vite et se plaignit un peu de douleurs et de malaise pendant la première journée. Mais le lendemain un écoulement fétide se produisit par la plaie : la fièvre s'alluma ; le pouls s'accéléra ; la malade devint somnolente, s'affaiblit graduellement et mourut à 6 heures du soir, le 25 juillet.

Réflexions. — La mort est survenue peu de temps après l'opération : mais faut-il en conclure par ce seul fait isolé, que l'opération d'après la méthode de Porro doive être rejetée, quand on se trouve en présence d'un utérus parsemé de fibrômes. Nous avons réuni les observations connues d'opérations césariennes avec tumeurs utérines (1) ; au nombre de 28, elles se trouvent ainsi réparties :

Femmes.	Nombre de guérisons	4
	Nombre de morts	24

Quant aux enfants, six observations restant muettes sur leur sort, nous ne pouvons savoir qu'approximativement le nombre de ceux qui ont été retirés vivants : dans la moitié des cas, à peu près, l'enfant a été sauvé.

Sur 22 de ces cas, dit Cazin, la section césarienne a été

(1) Cazin. Archives de tocologie, 75-76.

exécutée quinze fois dans de petites villes ou à la campagne, les insuccès ne tiennent donc pas à ce qu'on ait opéré dans les grands centres. C'est donc dans l'état de l'utérus lui-même qu'il faut rechercher la principale cause de mortalité. On agit, en effet, sur un organe malade, souvent depuis plusieurs années, ayant eu quelquefois à subir plusieurs fausses couches et ayant souffert pendant toute la durée de la grossesse de la présence simultanée du produit de la conception et de la tumeur.

La plupart des observations montrent que, dans certains cas, l'hémorrhagie a été telle qu'elle a nécessité la compression de l'aorte et qu'elle peut être accusée directement de la mort de plusieurs malades : de plus la déperdition considérable du sang ne doit pas être sans action sur le nombre marqué de morts par suite d'accidents nerveux et de collapsus.

Si on considère le nombre effrayant de la mortalité des opérations césariennes pour tumeurs utérines, nous croyons que l'on peut être autorisé à rechercher d'autres moyens pour sauvegarder la vie de la femme. Le succès n'a pas favorisé Stover, mais il reste acquis que la méthode de Porro possède au moins l'avantage de supprimer l'hémorrhagie et nous savons que celle-ci est la cause de mort la plus fréquente.

De plus, il nous semble qu'il y aurait tout avantage à extraire un utérus, qui a, comme dit Cazin, de l'inflammation en disponibilité, plutôt que de laisser dans la cavité abdominale un organe qui ne peut, par sa présence, qu'amener de nombreux désordres.

CHAPITRE II.

INCONVÉNIENTS ET DANGERS DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE. — AVANTAGES DE L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE. — PARALLÈLE AVEC LA GASTRO-ELYTROTOMIE.

§ I. — *Inconvénients et dangers de l'opération césarienne.*

— L'opération césarienne est une des plus graves de la chirurgie, elle est grave surtout dans les villes, dans les hôpitaux, dans les maternités ; elle est grave à ce point que depuis février 1787 (1) pas une opération césarienne pratiquée à Paris n'a été, en ce qui concerne la mère, suivie de succès, et cependant cette opération a été exécutée au moins une quarantaine de fois et par des opérateurs les plus habiles, il nous suffit de citer Baudelocque, Béclart, Moreau, Malgaigne, Paul Dubois, Danyau, Depaul, Tarnier, etc. A Pavie et à Vienne, nous le répétons, toutes les opérations césariennes avaient été suivies de mort avant les dernières de Porro et de Spath.

Les causes qui ont amené le plus souvent la mort sont tout d'abord les hémorrhagies et la péritonite, puis viennent l'état puerpéral, la septicémie, ennemis si redoutables, et si fréquents dans les maternités de nos grandes villes.

1° L'*hémorrhagie.* L'incision qui porte sur l'utérus, atteint un organe qui s'est considérablement développé pendant la grossesse et dans l'épaisseur duquel cheminent des vaisseaux nombreux et volumineux. Pendant l'opération, la section de ces vaisseaux peut être la source d'une hémor-

(1) Guéniot. De l'opération césarienne à Paris. Bulletin général de thérapeutique, 1870.

rhagie grave, par son abondance, par les conditions mauvaises dans lesquelles elle place l'opérée et surtout par les conséquences de l'épanchement dans le péritoine. Si après l'extraction de l'enfant, l'utérus reste inerte, si ses parois ne se contractent pas fortement, l'hémorrhagie pourra continuer et devenir mortelle. Ce danger est d'autant plus à craindre que dans certains cas, le placenta s'insère sur la face antérieure de l'utérus et que l'incision faite avec le bistouri peut arriver exactement au niveau de cette insertion ; que dans d'autres cas, l'utérus ayant subi pendant la grossesse un véritable mouvement de torsion sur son axe, l'un de ses bords sera venu se placer en avant, et que c'est au voisinage de ce bord, qu'aura été pratiquée l'incision. Or, on le sait, c'est sur ce point, qu'on rencontre une quantité considérable de vaisseaux, mesurant, quelques-uns, le calibre du petit doigt.

Si l'on porte l'incision sur le segment inférieur, sa grande vascularité, son pouvoir moins contractile à cause du développement plus rare des fibres musculaires, par suite de l'amincissement produit par la grossesse et à cause de l'inertie provenant de la compression plus ou moins forte de la partie présentée avec le champ restreint de l'entrée pelvienne, toutes ces circonstances rendent l'hémorrhagie grave et impossible à arrêter.

Ce n'est pas tout; à l'hémorrhagie survenue pendant l'opération, peut s'ajouter une hémorrhagie consécutive arrivant plusieurs heures ou plusieurs jours après la délivrance. Aujourd'hui, encore, on ne sait, s'il est préférable de pratiquer ou non la suture utérine après l'opération césarienne. Qu'elle ait du reste été faite ou qu'on ait laissé les bords de l'incision s'appliquer spontanément l'un contre l'autre, on a vu dans les deux cas survenir des hémorrhagies consécutives par inertie ou relâchement des parois utérines, et

un épanchement de sang se faire dans la cavité péritonéale.

En présence de ces graves hémorrhagies, est-il possible d'utiliser les hémostatiques ordinaires : j'en appelle, dit le professeur Porro, à tous ceux qui ont eu le triste devoir de pratiquer l'opération césarienne et qui se sont trouvés aux prises avec de graves hémorrhagies, pour qu'ils me répondent s'il leur a toujours suffi de se servir de la compression utérine, de la glace, du perchlorure de fer, de la suture de la plaie utérine, de la ligature de quelques vaisseaux, et enfin de toutes les ressources ordinaires. La perte sanguine continue ordinairement et elle est cause d'une mort immédiate ou consécutive.

De plus, on abandonne l'utérus dans l'abdomen où il ne peut être soumis à une médication active : en effet, l'accoucheur n'a guère à sa disposition que le seigle ergoté, l'ergotine, les injections sous-cutanées d'ergotine, le froid et quelques autres moyens de moindre importance. Les moyens radicaux comme la compression de l'aorte et de l'utérus ne peuvent être employés.

2° *La péritonite.* — L'inflammation du péritoine et des organes génitaux, résulte du grand traumatisme, de la pénétration du sang ou du liquide amniotique dans la séreuse; on ne peut y obvier d'une manière complète par le procédé ordinaire suivi de la suture utérine.

3° L'état puerpéral et la septicémie constituent des dangers que l'on ne peut éloigner et qui enlèvent chaque année un assez grand nombre d'accouchées pour que nous n'ayons pas besoin d'insister ;

4° L'utérus ne se trouve-t-il pas dans les plus détestables conditions, lorsque cet organe est parsemé de tumeurs ou lorsque, comme dans l'observation de Muller, il presente une endométrite vérifiée par la coloration grisâtre de son

tissu : dans ce dernier cas, la malade aurait infailliblement succombé à la septicémie, si l'on avait enfermé dans la cavité abdominale un tel foyer d'infection.

§ 2. — *Avantages de l'amputation utéro-ovarique.*

1° On arrête d'une manière sûre, rapide et définitive l'hémorrhagie. La ligature et l'extirpation de l'utérus constitue ce seul moyen d'éloigner l'ennemi le plus redoutable, ennemi invincible, lorsque le placenta a son siége sur la paroi antérieure de l'utérus. Cette seule condition pourrait suffire pour donner à cette méthode une valeur absolue, lorsqu'on réfléchit au nombre effrayant d'opérées qui ont succombé à la suite de l'hémorrhagie utérine;

2° On diminue l'étendue de la plaie utérine, puisqu'elle est réduite à la grosseur du pédicule (moins de 3 cent.), plaie qui se cicatrise en un nombre de jours fort limité;

3° La lésion des organes internes est amenée au dehors, de sorte que les soins directs deviennent possibles et la cavité péritonéale est mise parfaitement à l'abri de toute cause d'irritation; les dangers de la péritonite ne sont donc pas augmentés, mais diminués ;

4° On diminue les chances des maladies puerpérales en éloignant la plus grande source des processus puerpéraux; la malade de Porro, placée au milieu d'un foyer d'infection puerpérale, l'opérée de Muller, dont l'enfant était mort, en voie de septicémie et dont la fièvre est pour ainsi dire tombée après l'opération, sont des exemples assez frappants;

5° On peut choisir le moment le plus favorable, c'est-à-dire qu'on opère peu de temps avant le terme de la grossesse, parce que, on n'a pas besoin de contractions utérines pour amener le retrait de l'organe ni d'un col dilaté pour

permettre l'écoulement des lochies par le vagin et qu'ainsi, on ne s'expose pas à opérer, lorsque la femme est épuisée par un long et inutile travail ;

6° On abrége l'opération, en effet, l'amputation utéro-ovarique demande moins de temps que le traitement de l'hémorrhagie;

7° Par cette méthode, on empêche même tout épanchement du sang dans la cavité péritonéale, parce qu'on peut serrer les parois abdominales autour du col de l'utérus ;

8° On met obstacle à toute nouvelle grossesse et aux dangers qu'elle peut faire courir à la femme.

L'extirpation de l'utérus rentre dans la classe des amputations qui doivent être faites chaque fois qu'il y a des blessures trop étendues ou trop sérieuses d'un membre dans le but de sauver la vie de l'individu ; les chances de guérison sont le plus souvent meilleures.

L eprofesseur Porro insiste sur l'importance de l'ablation des ovaires avec l'utérus ; les avantages sont les suivants :

1° La moindre quantité de tissu qui reste attaché au pédoncule vital.

2° La suppression dans ce pédoncule d'organes, qui, exerçant leurs fonctions, pourraient troubler le travail de réparation, amener des congestions et des hémorrhagies graves.

3° La possibilité d'amputer la plus grande partie de l'utérus, chose difficile à obtenir, si on fixait le cercle constricteur au-dessus des ovaires.

4° L'infécondité certaine des femmes qui les place à l'abri de tout danger.

Nous citons à l'appui de ce dernier argument une observation due à M. Kœberlé (1). Ce chirurgien avait opéré

(1) V. Grossesses extra-utérines, par Théodore Keller. Thèse de Paris, 1872.

une dame d'une tumeur fibreuse de la matrice. Tout le corps et une partie du col de l'utérus avaient été amputés, mais on avait dû laisser les annexes, par la raison que leur extraction eût pu compromettre le succès de l'opération. La malade guérit complètement, mais une fistule persista, paraît-il, au travers de la cicatrice du col et la fécondation put se faire par cet orifice. La dame eut une grossesse extra-utérine, deux ans après l'opération et elle en mourut.

Ce fait à lui seul plaide suffisamment sans que nous ayons besoin d'insister sur la nécessité de l'ablation des ovaires avec l'amputation de l'utérus.

Tels sont les avantages de l'amputation utéro-ovarique signalés par le professeur Porro et Spath ; ils sont réels et ne peuvent être contestés.

§ 3. *Parallèle avec la gastro-élytrotomie.*

Les avantages de l'amputation utéro-ovarique sont incontestables ; ils démontrent la supériorité de cette opération sur la section césarienne simple, car l'amputation de l'utérus paralyse les principaux dangers, qui entrainent presque toujours fatalement la mort de la femme.

Mais la méthode de Porro possède-t-elle la même supériorité sur la gastro-élytrotomie ?

La gastro-élytrotomie, tour à tour étudiée et abandonnée par Rigten, Physick, Baudelocque, semble depuis quelques années revivre et donner quelques succès entre les mains des accoucheurs américains Gaillard Thomas et Skene.

Rigten, le permier (1), en 1821, imagina un procédé qu'il appela « Bauchfellhohlen Scheidenschnitt (2) », et qui est

(1) De la gastro-clytiotomie. Thèse de Paris, 1875. Albert Masson.
(2) Section du ventre et du vagin.

la véritable gastro-élytrotomie. Il commence par faire une incision semi-lunaire qui part de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et s'étend à l'épine du pubis. Il divise ensuite les muscles, les aponévroses, le tissu cellulaire jusqu'au péritoine ; mais, au lieu d'inciser ce dernier, il le repousse avec le manche de son bistouri, pénètre jusqu'au vagin qu'il incise et pratique l'extraction de l'enfant.

Il eut l'occasion d'opérer de cette manière sur la femme vivante en 1821, mais il ne put extraire le fœtus et dut alors faire une incision sur le milieu du ventre, suivant le procédé de Stein. La femme succomba.

Baudelocque ne fut pas plus heureux, tout en modifiant l'opération de Rigten. En 1844, il publia la relation de deux opérations de gastro-élytrotomie, qu'il avait eu l'occasion de pratiquer : dans la première, la seule piqûre du vagin causa un écoulement de sang, tel qu'à l'instant même la fosse iliaque fut remplie. Le praticien qui aidait le célèbre accoucheur s'empressa de tamponner l'extérieur du vagin et la fosse iliaque avec des éponges, tandis que Baudelocque pratiquait l'hystérotomie, au moyen de laquelle il fit l'extraction d'un fœtus mort tout récemment.

La mort survint peu après à l'hémorrhagie.

La seconde opération de Baudelocque n'est pas plus probante, il piqua l'artère iliaque externe avec l'aiguille de Deschamp, l'enfant était mort, la femme succomba 74 heures après l'opération.

Après ces insuccès, la gastro-élytrotomie semblait délaissée, lorsqu'elle fut reprise en Amérique par Gaillard Thomas et Skene.

Nous avons résumé les observations parues dans l' *American Journal of obstetrics* d'avril 1878. Nous donnons les résultats de leurs opérations :

Nombre d'opérations pratiquées depuis 1870, en Amérique. 5

Par Gaillard Thomas	2
Par Skene.	3
Nombre des femmes vivantes. . .	3
Nombre des enfants retirés vivants	4

Quoique ces résultats paraissent satisfaisants, il n'en reste pas moins acquis que le gastro-élytrotomie ne préserve pas des nombreux accidents consécutifs à l'opération.

Dans l'observation de Baudelocque, nous voyons une opérée succomber à l'hémorrhagie entre ses mains; dans une autre, l'artère iliaque externe a été piquée; en effet, on porte le bistouri dans une région où la moindre hésitation, le moindre faux pas de la part de l'opérateur peut commettre de graves désordres : la vessie peut être lésée facilement; dans les cinq opérations des accoucheurs américains, trois fois cet organe a été intéressé, et il y a eu fistule.

Voici, d'ailleurs, l'opinion des auteurs :

En ouvrant, dit Paul Dubois (1), la région latérale du col de l'utérus ou du vagin, là où existe un plexus vasculaire excessivement développé et dans des conditions qui ne pourraient être avantageusement modifiées par la rétractilité très-peu prononcée, dont jouit cette partie de l'organe, on ne peut manquer d'ajouter, sans compensation, aux dangers ordinaires de l'opération césarienne, celui d'une hémorrhagie grave et presque certaine.

Velpeau, de son côté, a écrit (2) :

L'idée de cette méthode, qui appartient à Jœrg et à Rigten, ne laisse pas d'être ingénieuse; mais elle est inap-

(1) Dictionnaire en 30 vol., t. VII, page 148, 1834.

(2) Traité de l'art des accouchem., 2e édit., t. II, page 465.

plicable dans la majorité des cas, et la déchirure du vagin, jointe au dégât qu'on opère nécessairement dans la fosse iliaque ou excavation pelvienne, est plus redoutable que l'incision méthodique du péritoine et de la matrice, telle qu'on peut la pratiquer dans l'hystérotomie ordinaire.

Nous avons exposé ce qui a été fait sur la gastro-élytrotomie; nous laissons les conclusions se tirer d'elles-mêmes et l'avenir juger entre ces deux opérations.

CHAPITRE III.

§ 1er. — *Manuel opératoire.*

1° Il faut préparer les instruments nécessaires : des bistouris droits, convexes et boutonnés; des ciseaux courbes sur le plat et droits; un écraseur linéaire avec un coulant pour maintenir la striction de la chaîne après enlèvement de l'instrument; des aiguilles à suture et des fils métalliques; des pinces hémostatiques et à ligature; un porte-aiguille; des tubes à drainage; du perchlorure de fer à 30°; une solution de chlorure de zinc au 1/8e pour cautériser le moignon utérin et de l'eau phéniquée.

Tous les objets qui doivent servir : éponges, instruments, sont lavés dans une solution d'acide phénique au 4/100es; un pansement de Lister est préparé; enfin on dispose tout ce qui est nécessaire pour rappeler l'enfant à la vie, s'il naissait dans un état de mort apparente.

On vide la vessie par le cathétérisme et le rectum par un lavement. Tous les assistants doivent se laver les mains dans de l'eau phéniquée.

La femme est placée sur la table d'opération, le haut du corps et les jambes bien couverts, l'abdomen, mis à nu, est lavé soigneusement à l'eau phéniquée ; elle est ensuite chloroformée complètement.

Un appareil pulvérisateur à vapeur projette sur le ventre de la femme, sur l'opérateur et sur ses aides un nuage de vapeur phéniquée au 2/100es.

Un aide fixe l'utérus et tend convenablement les tissus, puis on s'assure par la percussion qu'il n'y a pas d'anse intestinale entre la paroi abdominale et l'utérus.

L'opérateur, suivant le procédé de Mauriceau, fait une incision s'étendant de la cicatrice ombilicale jusqu'à 4 centimètres de la partie supérieure de la symphyse pubienne ; l'utérus, étant mis à découvert en un point, on achève, sur le doigt indicateur, l'incision au moyen d'un bistouri boutonné. L'utérus est incisé et l'enfant est extrait. Prenant alors une des lèvres de la plaie utérine, on ramène au dehors l'utérus et ses annexes ; le placenta, décollé, est enlevé. On place l'écraseur à peu près au niveau de l'orifice interne ; il faut le placer là pour avoir toute la plaie utérine au-dessus de la chaîne, puis on serre les parties jusqu'à ce que les lèvres de la plaie ne laissent plus suinter la moindre goutte de sang. On enlève alors, au moyen d'un long bistouri, toutes les parties jusqu'à 2 centimètres de la chaîne.

Les parties utérines, qui constituent le moignon, forment une véritable rosace, qui est placée dans l'angle inférieur de la plaie abdominale; une grande aiguille droite traverse le moignon au niveau de la chaîne pour éviter la rétraction du moignon dans l'abdomen.

Le coulant destiné à fixer la chaîne est serré et la tige de l'écraseur est enlevée. On place alors un tube à drainage dans le cul-de-sac de Douglas, puis on procède à la toilette

du péritoine et à l'occlusion de la plaie abdominale, que l'on fait au moyen de quatre points de suture enchevillée et de toute une série de sutures superficielles de fils d'argent.

La femme est lavée à l'eau phéniquée. Le moignon est cautérisé avec la solution de chlorure de zinc au 1/8ᵉ.

La chaîne, l'aiguille et le moignon sont enveloppés de ouate de Burns; le pansement de Lister est appliqué et deux sacs en caoutchouc, remplis de glace, sont placés sur l'abdomen.

L'opérée est réveillée et transportée dans son lit (1).

Le manuel opératoire du professeur de Pavie diffère sur quelques points de celui de Vasseige, que nous venons d'exposer.

Porro emploie le serre-nœud constricteur de Cintrat; après l'opération, il cautérise le moignon utérin avec le perchlorure de fer et badigeonne le ventre avec du laudanum ; il applique des bandelettes de sparadrap, un bandage ordinaire et de la glace.

Le professeur de Pavie recommande de surveiller attentivement la vessie, qui est en rapport intime avec l'utérus, et d'éviter de l'offenser en disséquant le péritoine dans l'espace vésico-utérin.

Il conseille, pour prévenir l'échappement de l'anse du constricteur, de lui fixer un point d'action au moyen d'entailles de quelques centimètres de longueur pratiquées avec le galvano-cautère, dans des points correspondants en avant et en arrière avec l'orifice interne. Il invite l'opérateur à placer dans le drain un fil de soie afin de maintenir la lumière et de faciliter son remplacement.

(1) De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, par Wasseige, de Liége. Bruxelles.

Spath préfère la chaîne de l'écraseur à l'instrument de Cintrat parce qu'elle glisse moins facilement que le fil de fer et qu'on peut enlever l'instrument en ayant soin de placer, avant la constriction, un coulant pour pouvoir maintenir la striction.

Il conseille d'extirper l'utérus avant de faire la délivrance, surtout si le placenta est inséré sur la paroi antérieure : il cautérise le moignon avec la solution de chlorure de zinc ; enfin, il emploie le pansement de Lister.

Muller enfin, propose une modification importante : il conseille, pour éviter d'une manière certaine tout écoulement de liquide dans la cavité péritonéale, de placer, après l'incision des parois abdominales, une ligature autour du col de l'utérus, et, si l'on ne peut y arriver, d'amener la matrice au dehors en faisant passer d'abord un des côtés de l'organe, puis, d'appliquer le fil du serre-nœud de Cintrat avant d'inciser les parois utérines.

Selon Muller, on peut exécuter cette méthode parce que, 1° l'utérus, dans les cas de viciation extrême du bassin, est toujours dans un état très-prononcé d'antéversion, et que le fond de l'organe se trouve toujours placé entre la cicatrice ombilicale et la symphyse pubienne.

2° Parce que la suspension de la circulation fœto-placentaire n'est que temporaire, très-courte, et que l'extraction du fœtus est très-rapide.

§ 2. — *L'accoucheur a-t-il le droit de pratiquer l'amputation utéro-ovarique ?*

Après avoir examiné les inconvénients de l'opération césarienne simple, et les avantages de la nouvelle méthode, on doit se demander si le chirurgien est autorisé à pratiquer cette grave mutilation.

Wasseige, professeur à Liége, envisageant la question au point de vue légal, est d'avis que l'accoucheur doit se munir du consentement de la femme et de celui du mari. Il est une chose, dit-il, que l'on doit respecter avant tout, c'est la liberté des intéressés.

Porro nous semble d'une opinion contraire. Il ne croit pas que le mari et la femme soient en droit d'attaquer le médecin devant les tribunaux, car la loi ne peut manquer de reconnaître comme juste ce que l'on fait avec l'appui de la science, et avec l'approbation de sa conscience.

A ses yeux, il ne convient même pas de laisser au mari le choix du procédé, parce qu'il pourrait désirer voir employer la méthode la plus dangereuse pour son épouse, s'il avait intérêt à sa mort, et de plus, il juge qu'il est crueld e prévenir la femme de ce qu'on va faire.

Quant à nous, si nous osions émettre une opinion dans une question aussi délicate, nous ajouterions que le consentement du mari n'est, en aucun cas, indispensable, et que celui de la femme seul pourrait être exigé pour mettre absolument la responsabilité du médecin à l'abri. Mais, d'ailleurs, on peut croire difficilement à la réussite d'une poursuite contre le chirurgien qui se serait passé de l'autorisation de la malade ; on comprend d'autant moins que l'accoucheur puisse être sous le coup d'une condamnation pour avoir, en extirpant l'utérus et ses annexes, arrête une hémorrhagie et préserve la femme d'une mort certaine.

Si nous nous plaçons maintenant au point de vue religieux, il nous est permis d'apporter, en faveur de notre thèse, le témoignage de l'évêque de Pavie, que Porro a eu soin de consulter pour mettre les consciences à l'aise. Ce théologien distingué ne doute pas qu'on ait le droit de sacrifier une partie du corps pour sauver la vie, et d'imposer